

**KARTA KWALIFIKACYJNA
DLA CELÓW REHABILITACJI LECZNICZEJ
ODDZIAŁ REHABILITACJI**

.....

PROSIMY PANIĄ DOKTOR/PANA DOKTORA O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU!
(Karta ta umożliwi nam zakwalifikowanie pacjenta do leczenia rehabilitacyjnego bez konieczności osobistego wstawienia się na badanie i jednocześnie pozwoli na wyznaczenie optymalnego terminu rehabilitacji)

1. Nazwisko i imię..... 2. Data urodzenia

3. Adres do korespondencji

.....

4. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Telefon kontaktowy, adres e-mail.....

6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10 (na skierowaniu).....

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji (w języku polskim)

.....

.....

8. Dotychczasowy przebieg rehabilitacji (data, miejsce rehabilitacji).....

.....

.....

9. Data zachorowania, wypadku, operacji i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji

.....

.....

.....

10. Choroby towarzyszące:

a) nadciśnienie tętnicze - Tak -Nie

b) serca:

- wada serca, - Tak - Nie

- zawał serca, - Tak - Nie

- zaburzenia rytmu - Tak - Nie

c) cukrzyca - Tak - Nie

d) udar mózgu - Tak - Nie

e) wszczepiony metal - Tak - Nie

11. Ocena zdolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR:

.....
.....

12. Ocena stanu psychicznego:

a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia:

b) czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne:, jakie

.....

13. Rurka tracheotomijna:

14. Cewnik moczowy:

15. Odleżyny: – umiejscowienie (opis)

.....

a) wielkość: b) obecność zakażenia:

16. Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

a) samodzielne mycie się: b) samodzielne ubieranie się:

c) samodzielne jedzenie: d) trzymanie moczu, stolca:

e) samodzielne siadanie w łóżku:

f) samodzielne chodzenie po pokoju:, korytarzu:, na schodach:

g) zaopatrzenie ortopedyczne:, jakie?

.....

.....

h) czy wymaga wózka inwalidzkiego:, czy posiada wózek:

17. Inne choroby współistniejące, przebyte operacje, np. czynna choroba nowotworowa:

.....

.....

.....

.....

18. Aktualnie podawane leki, uczulenia na leki:

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza