



## ANKIETA PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu:

Niedowład:	KGP	KGL	KDP	KDL
Poruszanie:	Chód samodzielny		Balkonik	Kule
	Wózek		Leżący	
Wymaga pomocy w:	Ubiór		Kąpiel	Toaleta
	Karmienie		Nie wymaga	
*PEG:	TAK		NIE	
Cewnik:	TAK		NIE	
Odleżyny:	TAK		NIE	
Rany:	TAK		NIE	
Padaczka:	TAK		NIE	
Zaburzenia snu:	TAK		NIE	
Spełnianie poleceń:	TAK		NIE	
<b>!! <u>Patogeny alarmowe</u>:</b>	TAK		NIE	

Jeśli TAK to jakie:

RSA	VRE	ESBL	KPC	NDM
MBL	OXA48	CPE	INNE:	

**!! \*Wypełnić także w przypadku wystąpienia patogenu podczas wcześniejszych hospitalizacji.**

**Prosimy o odesłanie karty na adres e-mail: [rezerwacje@rehabilitacjamsw.pl](mailto:rezerwacje@rehabilitacjamsw.pl) ,  
Doręczenie osobiste lub odesłanie pocztą tradycyjną na adres:**

**SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie**

Górzno 63

64-120 Krzemieniewo

Pole na uwagi pacjenta: