

.....
pieczęć zakładu kierującego

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ COPERNICUS PL Sp. z o.o.

1.DANE PERSONALNE :

imię i nazwisko

Data urodzenia ___-___-___ PESEL pacjenta.....

ADRES :.....

Dane osoby kontaktowej (imię, nazwisko, adres, telefon).....

.....
UBEZPIECZENIE PACJENTA

Aktualnie pacjent : czynny zawodowo rencista emeryt

2.ROZPOZNANIE (choroba główna)

.....
.....
3.WYWIAD : dokładna data początku choroby- zawału serca/zabiegu PTCA/ew. operacji kardiochirurgicznej

.....
Dane dotyczące choroby, EF-F skurczowa LK z ostatniego badania echokardiograficznego (kiedy?)- data badania

.....
.....
Przebieg leczenia :(szpitalne; sanatoryjne.....; ambulatoryjne.....)

.....
.....
Choroby współistniejące

(cukrzyca,ch.nadciśnieniowa,POChP,padaczka,inne).....
.....

4.W JAKIM CELU PACJENT JEST KIEROWANY

.....
5.STAN FUNKCJONALNY

Ocena sprawności :

chodzący TAK/NIE ; chodzący przy pomocy osoby drugiej, chodzika, balkonika, trójnogu, kuli TAK/NIE ;

siedzący samodzielnie bez podparcia, z podparciem TAK/NIE ; leżący TAK/NIE

Higiena osobista :

samodzielny TAK/NIE ; wymaga pomocy TAK/NIE ; całkowicie zależny TAK/NIE

Jedzenie i picie :

samodzielny TAK/NIE ; wymaga pomocy TAK/NIE ; całkowicie zależny TAK/NIE ; sonda/PEG

UKŁAD KRAŻENIOWO-ODDECHOWY (ocena wydolności , przyjmowane leki)

.....
Stan psychiczny : współpracuje w rehabilitacji TAK/NIE ; zaburzenia mowy (afazja, dyzartria) TAK/NIE

objawy zespołu psychoorganicznego/depresji TAK/NIE

PRZYKURCZE W STAWACH : TAK/NIE określić wielkość i lokalizację

.....
UWAGA ! Wszystkie rubryki należy wypełnić dokładnie i czytelnie – brak niezbędnych danych spowoduje odrzucenie wniosku. Konieczne jest dołączenie kserokopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego. Ostateczna kwalifikacja do przyjęcia na Oddział odbędzie się w Izbie Przyjęć Szpitala po telefonicznym uzgodnieniu terminu przyjęcia z Ordynatorem/lekarzem Oddziału.

.....
data wystawienia wniosku

.....
pieczęćka i podpis lekarza

UZASADNIENIE PRZYJĘCIA LUB ODMOWY PRZYJĘCIA

.....
Termin realizacji świadczenia

.....
Data wpłynięcia wniosku ____-__-__ data wpisu do kolejki elektronicznej ____-__-__

Data

pieczęćka i podpis lekarza kwalifikującego