

IDENTYFIKATOR PRZEDSTAWICIELA **A** IMIE I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA \_\_\_\_\_  
 TELEFON KONTAKTOWY \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_



# WNIOSEK

o skierowanie na rehabilitację w Polskim Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM

klient VOTUM  pacjent prywatny  inny

## DANE PACJENTA

IMIĘ \_\_\_\_\_ NAZWISKO \_\_\_\_\_  
 ADRES ZAMELDOWANIA  
 ULICA \_\_\_\_\_ NR DOMU \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ KOD \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_  
 PESEL \_\_\_\_\_ SERIA I NR DOWODU \_\_\_\_\_ TEL. KONTAKTOWY \_\_\_\_\_  
 Zastępując małoletniego/ubezważnionego całkowicie<sup>1)</sup> \*  
 IMIĘ \_\_\_\_\_ NAZWISKO \_\_\_\_\_  
 ULICA \_\_\_\_\_ NR DOMU \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ KOD \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_  
 DATA WYPADKU \_\_\_\_\_  
 Przeprowadzono rehabilitację  TAK  NIE Finansowaną  przez NFZ  prywatnie  
 \*NIEWŁĄCZNE SKREŚLIĆ

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na rehabilitację do Polskiego Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa z siedzibą w Krakowie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu świadczenia usług rehabilitacyjnych przez Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa z siedzibą w Krakowie.

Stosownie do przepisów ustawy o ochronie danych osobowych Wnioskodawca potwierdza otrzymanie informacji, że:

1. administratorem danych osobowych jest Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa z siedzibą w Krakowie 30-723, przy ul. Golikówka 6, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Krakowa Śródmieście XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000443718
2. dane zbierane są w związku z usługami świadczonymi przez Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa i mogą być wykorzystywane do celów związanych z jego działalnością,
3. Wnioskodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych,
4. podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o skierowanie na rehabilitację, oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku w celu jego rozpatrzenia oraz w celach marketingowych przez administratora danych Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa z siedzibą w Krakowie 30-723, przy ul. Golikówka 6.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS

## WYPEŁNIA LEKARZ

### Rozpoznanie/ Opis stanu pacjenta

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wzrost \_\_\_\_\_ Waga \_\_\_\_\_

### Skóra

Obrzęki  TAK  NIE Sinica  TAK  NIE

Zakażenia  TAK  NIE Lokalizacja \_\_\_\_\_

Obecność odleżyn  TAK  NIE Okolica \_\_\_\_\_ Stopień \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Blizny  TAK  NIE Okolica \_\_\_\_\_ zagojone  per primam  per secundam

### Układ krążenia

Ciepłota ciała \_\_\_\_\_ mmHg

Czynność serca  miarowa  niemiarowa ok. \_\_\_\_\_ /min

1) W przypadku, gdy poszkodowanym jest osoba nie posiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych, tj. gdy poszkodowanym jest małoletni/ubezważnioniony całkowicie, umowę podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny poszkodowanego. Wypełnić jedynie w razie zaistnienia powyższych okoliczności.

**Układ oddechowy**

wydolny  niewydolny  tracheostomia  respiratoroterapia  tlenoterapia

Rodzaj rurki tracheostomijnej

Wynik posiewu z rurki tracheostomijnej

Zaleganie w drzewie oskrzelowym

Uwagi

**Układ pokarmowy**

Sonda do żołądka  PEG  Dieta przemysłowa

Zalecenia dotyczące żywienia

**Układ moczowy**

Cewnik do pęcherza moczowego

Rodzaj cewnika

**Kontrola zwieraczy****Stan świadomości**

Pacjent wybudzony  Pacjent wybudzany  Stan wegetatywny

Uwagi

**Aktualne leczenie farmakologiczne wraz z dawkowaniem**

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

**WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA LUB LEKARZ (jeśli wnioskodawca nie ma fizjoterapeuty)****Występujące napięcie mięśniowe**

podwyższone  sztywność  spastyka gdzie?

normalne gdzie?

obniżone  wiotkie  brak wg EMG gdzie?

**Przykurcze mięśniowe**

brak  występują gdzie?

**Czucie głębokie**

normalne  zaburzone gdzie?

**Czucie powierzchowne**

normalne  zaburzone gdzie?

### Lokomocja pacjenta

Chód  z pomocą  samodzielnie  nie chodzi  
Porusza się na wózku  z pomocą  samodzielnie  
Wózek  własny  wypożyczony  brak wózka  
Pacjent leżący  pionizowany do siadu  pionizowany do pozycji stojącej

### Mowa i porozumiewanie się

bez zaburzeń  zaburzenia jakie?

  

### Motywacja do rehabilitacji

jest  brak  trudne do oceny

## UMIĘTNOŚĆ WYKONYWANIA CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

Czy pacjent jest samodzielny w życiu codziennym?  TAK  NIE

Jeśli nie, to w jakim zakresie potrzebuje pomocy?

  
  
  

Czy pacjent jest w stanie samodzielnie:

- przygotowywać sobie posiłki  TAK  NIE
- jeść  TAK  NIE
- ubierać się  TAK  NIE
- dokonywać toalety porannej  TAK  NIE
- kąpać się  TAK  NIE
- przesiadać się z łóżka na krzesło  TAK  NIE
- wstać z krzesła  TAK  NIE
- chodzić po schodach  TAK  NIE

Czy pacjent porusza się samodzielnie?  TAK  NIE

Czy pacjent porusza się z pomocą drugiej osoby lub zaopatrzenia ortopedycznego?  TAK  NIE

Czy pacjent porusza się samodzielnie:

- tylko po mieszkaniu?  TAK  NIE
- czy pacjent wychodzi na zakupy?  TAK  NIE
- czy pacjent chodzi na spacer?  TAK  NIE

jeśli tak, to na jaką odległość

Zostałem poinformowany, iż Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa nie posiada 24 godzinnej opieki lekarskiej. Pacjenci, którzy wymagają opieki osób trzecich muszą przebywać w ośrodku z członkiem rodziny lub osobą przez rodzinę wyznaczoną. Zostałem poinformowany, że w ośrodku PCRf VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa jest 24 godzinna doraźna opieka pielęgnarska.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS

**Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM Spółka Akcyjna Spółka Komandytowa**

ul. Golikówka 6, 30-723 Kraków, tel. +48 12 264 80 35, fax +48 12 264 80 36, e-mail: biuro@pcrf.pl, www.pcrf.pl

NIP: 679-308-73-34 REGON: 122736710 Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia,

XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS: 0000443718