

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/ubezważnionolnionego całkowicie¹⁾ *
IMIĘ _____ NAZWISKO _____

ULICA _____ NR DOMU _____ / _____ KOD _____ - _____ MIEJSCOWOŚĆ _____

DATA WYPADKU _____ Przeprowadzono TAK NIE Finansowaną przez NFZ prywatnie

*NIEWŁĄCZYWE 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

Ciśnienie tętnicze krwi _____ 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/ubezważnionolniony 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