

IDENTYFIKATOR PRZEDSTAWICIELA 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/wg ICD10

Opis stanu pacjenta

Wzrost Waga

Obrzęki TAK NIE Lokalizacja

Zakażenia TAK NIE Lokalizacja CRP PCT

Odleżyny TAK NIE Okolica Stopień

Blizny TAK NIE Okolica zagojone per primam
 per secundam

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.

2) Dotyczy pacjentów przyjmowanych ze szpitala

Układ krążeniaCiśnienie tętnicze krwi mmHgCzynność serca miarowa niemiaraowa ok. /min**Układ oddechowy** wydolny niewydolny tracheostomia respiratoroterapia tlenoterapiaRodzaj rurki tracheostomijnej Wynik posiewu z rurki tracheostomijnej Zaleganie w drzewie oskrzelowym Uwagi **Układ pokarmowy** Sonda do żołądka PEG Dieta przemysłowaZalecenia dotyczące żywienia **Układ moczowy** Cewnik do pęcherza moczowegoRodzaj cewnika **Kontrola zwieraczy****Stan świadomości** Pacjent wybudzony Pacjent wybudzany Stan wegetatywnySkala Glasgow: GCS pktUwagi **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 powierzchniowe
 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 pielęgniarska.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS