KONTAKT DO LEKARZA PROWADZĄCEGO

TEL: MAIL:

Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM

WNIOSEK

O skierowanie na rehabilitację w Polskim Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM

IMIĘ NAZWISKO

ADRES ZAMELDOWANIA
ULICA NR DOMU KOD MIEJSCOWOŚĆ

PESEL SERIA I NUMER DOWODU TEL. KONTAKTOWY

DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

IMIĘ NAZWISKO

ULICA NR DOMU KOD MIEJSCOWOŚĆ

DATA ZACHOROWANIA/URAZU MAIL: TEL:

*NIEWAŁAŚCIWE SKREŚLIĆ

Przeprowadzono rehabiliację ☐ TAK ☐ NIE Finansowaną ☐ przez NFZ ☐ prywatnie

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na rehabilitację do Polskiego Centrum Rehabilitacji Funckjonalnej 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

(Wniosek wypełnia lekarz) Rozpoznanie wg IC10. Schorzenia zasadnicze i choroby współistniejące. Operacje, zabiegi.

NEUROLOGIA

Stan świadomości ☐ Pacjent wybudzony ☐ Pacjent wybudzany ☐ Stan wegetatywny

Stan świadomości wg GCS ____ pkt*

Uwagi

*W przypadku pacjenta poniżej 10 pkt w skali GLS potrzebna aktualna ocena neurologiczna.

Aktualne TK głowy z opisem data . . . . . opis w załączniku ☐ TAK ☐ NIE

Obecność zastawki ☐ TAK ☐ NIE model zastawki . . . . . .

Występujące napięcie mięśniowe

☐ podwyższone ☐ sztywność ☐ spastyka gdzie? ☐ normalne gdzie? ☐ obniżone ☐ wiotkość ☐ brak wg EMG gdzie?

Przykurcze mięśniowe

☐ brak ☐ występują gdzie?

Pacjent pobudzony psychoruchowo ☐ TAK ☐ NIE

Czucie głębokie

☐ normalne ☐ zaburzone gdzie?

Czucie powierzchniowe

☐ normalne ☐ zaburzone gdzie?

Opinia psychologa lub psychiatry

INTERNA

Wzrost . . . . . **Waga** . . . . . .

CRP data . . . . . PCT data . . . . . .

Wyniki wymazu z odbytu w kierunku szczepów wieloopornych (VRE, MBL).

MBL data . . . . . INNE data . . . . . .

VRE data . . . . . ESBL data . . . . . .

JONOGRAM

MORFOLOGIA

RTG PŁUC * ☐ TAK ☐ NIE ☐ TAK ☐ NIE

*Należy dołączyć opis

Badanie COVID-19 Wynik data . . . . . .

Obrzęki ☐ TAK ☐ NIE Lokalizacja

Rany ☐ TAK ☐ NIE Rodzaj

Odleżyny ☐ TAK ☐ NIE Okolica Stopień

Układ krążenia

Ciśnienie tętnicze krwi mmHG Obecność kardiowertera ☐ TAK ☐ NIE

Czynność serca ☐ miarowa ☐ niemiarowa ok. /min

Układ oddechowy

☐ wydolny ☐ niewydolny ☐ tracheostomia ☐ respiratoterapia ☐ tlenoterapia

Rodzaj rurki tracheostomijnej

Wynik posiewu rurki tracheostomijnej data . . . . . .

Data założenia/ostatniej zmiany rurki . . . . . .

Zaleganie w drzewie oskrzelowym

Usługi

Układ pokarmowy

☐ Sonda do żołądka ☐ PEG Dieta przemysłowa ☐ TAK ☐ NIE

Zalecenia dotyczące żywienia

Układ moczowy

Cewnik do pęcherza moczowego ☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj cewnika

Wynik posiewu z moczu data . . . . . .

Czy występowały problemy z cewnikowaniem ☐ TAK ☐ NIE

Data założenia/ostatniej wymiany cewnika . . . . . .

Kontrola zwieraczy ☐ TAK ☐ NIE

Aktualne leczenie farmakologiczne

Antybiotykoterapia w ostatnich 2 tygodniach

Leki p/gorączkowe w ostatnich 2 tygodniach

Aktualne leczenie farmakologiczne

Kategoria opieki pielęgniarskiej ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Uzasadnienie:

Choroby onkologiczne ☐ TAK ☐ NIE

ORTOPEDIA

Rodzaj urazu

Po operacji ☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj zabiegu

Świeże badanie RTG ☐ TAK ☐ NIE Opis w załączniku ☐ TAK ☐ NIE

Aktualna konsultacja ortopedyczna ☐ TAK ☐ NIE Opis konsultacji w załączniku ☐ TAK ☐ NIE

Lokomocja pacjenta

Pacjent leżący	☐	TAK	☐	NIE		
Chód	☐	z pomocą	☐	samodzielnie	☐	nie chodzi
Porusza się na wózku	☐	z pomocą	☐	samodzielnie	☐	nie chodzi
Wózek	☐	własny	☐	wypożyczony	☐	brak wózka

Mowa i porozumiewanie się

☐ bez zaburzeń ☐ zaburzone jakie?

Motywacja do rehabilitacji ☐ jest ☐ brak ☐ trudne do oceny

UMIEJĘTNOŚĆ 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:

• 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 pomieszkaniu?	☐	TAK	☐	NIE	
• czy pacjent wychodzi na zakupy?	☐	TAK	☐	NIE	
• czy pacjent chodzi na spacery?	☐	TAK	☐	NIE	Jeśli tak to na jaką odległość?

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z aktualnym stanem zdrowia pacjenta. Zobowiązuję się dostarczyć na prośbę zespołu kwali kacyjnego wyniki badań obrazowych, laboratoryjnych, wymazy z ran/odbytu lub epikryzę śród pobytową.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

Do wniosku należy dołączyć kopie konsultacji neurologicznej i ortopedycznej, wyniki TK. MRI, RTG, wyniki badań mikrobiologicznych