

Ankieta kwalifikacyjna dla pacjentów skierowanych na pobyt rehabilitacyjny po COVID-19.

1. Nazwisko i imię

2. Data urodzenia i nr PESEL

3. Adres zamieszkania

4. Telefon kontaktowy

5. Adres e-mail

6. Masa ciała kg 6. Wzrost cm 7. Czynny(a) zawodowo TAK NIE

7. Data zachorowania COVID (dodatni test) będąca podstawą skierowania (miesiąc, rok)

8. Data zakończenia leczenia:

a) data zakończenia izolacji domowej

b) data wypisu ze szpitala

c) data wypisu z izolatorium

9. Data hospitalizacji (jeśli była w ostatnim roku).....

10. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj i data)

.....

11. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem sprawności ruchowej i wydolności oddechowo-krążeniowej:

.....

12. Posiadane zaopatrzenie:

•Kule TAK NIE

• Balkonik TAK NIE

• Wózek inwalidzki TAK NIE

•Koncentrator tlenu TAK NIE

• Inne TAK NIE

13. Schorzenia współistniejące:

a. Niewydolność serca TAK NIE EF%

b. Migotanie przedsionków TAK NIE Antykoagulacja (preparat)

- c. Cukrzyca TAK NIE Insulina TAK NIE
- d. Niewydolność oddechowa TAK NIE Saturacja %
- e. Inne (jakie)

14. Ocena sprawności (zaznaczyć)

- a. Samodzielne korzystanie z łazienki, ubieranie i rozbieranie TAK NIE
- b. Samodzielne spożywanie posiłków, przyjmowanie leków TAK NIE c.
- c. Samodzielne poruszanie się w obrębie pokoju TAK NIE
- d. Samodzielne poruszanie się w obrębie budynku 150 – 200m TAK NIE
- e. Kontrolowanie oddawania moczu i stolca TAK NIE
- f. Cewnik TAK NIE Pampers TAK NIE
- g. Zaopatrzenie ortopedyczne TAK NIE Jakież?
.....
- h. Konieczność korzystania z koncentratora, tlenoterapii TAK NIE
- i. Zrozumienie i wykonywanie zaleceń TAK NIE

15. Aktualna czynna choroba zakaźna lub nosicielstwo bakterii wymagające izolacji TAK NIE

16. Czy posiada Pan/Pani badania diagnostyczne wymagane do kwalifikacji i przyjęcia

- Aktualna morfologia, CRP

TAK NIE

- RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.

TAK NIE

- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.

TAK NIE

Jeśli dodatkowo było wykonywane badanie TK klatki piersiowej prosimy o załączenie wyniku.

Na pobyt prosimy zabrać ze sobą: aktualną dokumentację medyczną oraz przyjmowane na stałe leki.

Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów szpitalnych z ostatnich 12 miesięcy a także leków przyjmowanych przewlekle wraz z rozpisaniem dawkowaniem. W razie braku leków pacjenta mogą zostać zlecone zamienniki, alternatywnie w przypadku ich braku, może zostać zmienione leczenie. W przypadku braku możliwości zapewnienia ciągłości leczenia niezbędnymi dla zdrowia pacjenta preparatami, dopuszcza się możliwość zakończenia pobytu.

Powyższa ankieta służy wstępnemu uzyskaniu informacji na temat ewentualnej możliwości prowadzenia rehabilitacji po przebyciu COVID-19 dla osoby zainteresowanej oraz pobytu w Sanatorium Modrzew sp. z o.o. Ostateczna decyzja i kwalifikacja co do możliwości prowadzenia ww. rehabilitacji zostaje podjęta po otrzymaniu poprawnie wystawionego skierowania, kompletu dokumentacji (skany) oraz ankiety. W przypadku podania w ankiecie nieprawdziwych danych lub celowego pominięcia istotnych faktów, należy liczyć się z odmową przyjęcia do ośrodka.

Potwierdzam, że dane zawarte w powyższej ankiecie są zgodne z prawdą. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich podanych powyżej danych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, przez administratora tych danych czyli Sanatorium Modrzew sp. z o.o., w celu realizacji usług związanych z rehabilitacją po przebyciu COVID-19.

Jestem świadoma(y), że podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do realizacji procesu rehabilitacji. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych i ich poprawiania.

.....
Data, Podpis pacjenta

Kontakt pod numerami: tel.: **52 357 30 84 lub 668 882 802**

lub pod adresem: medyczny@modrzew.biz.pl oddzialowa@modrzew.biz.pl

Wypełnia zespół kwalifikacyjny Sanatorium Modrzew sp. z o.o. ul. Wierzbińskiego 50A Inowrocław

Zgoda

Odmowa

Uzasadnienie

.....

.

.....

.

.....