Sanatorium Modrzew sp. z o.o.

Ul. Wierzbińskiego 50 A, 88-100 Inowrocław

Tel. 52 357 30 84

NIP 556 277 22 94

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

* 1. Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………………………..
	2. Data urodzenia i nr PESEL ..………………………………………………………………………………………………………..
	3. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………….
1. Telefon kontaktowy ..………………………………………………………………………………………………………………..
2. Adres e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Data zachorowania COVID (dodatni test) będąca podstawą skierowania (miesiąc, rok) …………………….
2. Data zakończenia leczenia:
3. data zakończenia izolacji domowej ……………………………………………………..
4. data wypisu ze szpitala ……………………………………………………………………….
5. data wypisu z izolatorium …………………………………………………………………..
6. Data hospitalizacji (jeśli była w ostatnim roku)………………………………………………………………………………….
7. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj i data)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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 ………………………..……………………...

1. Schorzenia współistniejące:

a. Niewydolność serca

b. Migotanie przedsionków

□TAK □TAK

□ NIE

□ NIE

EF% …………….

Antykoagulacja (preparat) ……………………………

Sanatorium Modrzew p. z o.o.

Ul. Wierzbińskiego 50 A, 88-100 Inowrocław

Tel. 52/357 30 84

NIP 556 277 22 94

c. Cukrzyca □ TAK □ NIE Insulina □ TAK □ NIE

d. Niewydolność oddechowa □ TAK □ NIE Saturacja % ………………………………

e. Inne (jakie) …………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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 Jakie?

………………………………………………………………………………..

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

1. 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.***

Sanatorium Modrzew sp. z o.o.

Ul. Wierzbińskiego 50 A, 88-100 Inowrocław

Tel. 52 357 30 84

NIP 556 277 22 94

Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów szpitalnych z ostatnich 12 miesięcy a także leków przyjmowanych przewlekle wraz z rozpisanym 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 przebytym 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 przebytym 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 …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**