



UZDROWISKO
BUSKO-ZDRÓJ S.A.

Formularz kwalifikacyjny: Rehabilitacja kardiologiczna

Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A, ul. Rzewuskiego 1 28-100 Busko-Zdrój

Poniższy formularz kwalifikacyjny do rehabilitacji kardiologicznej jest ankietą służącą uzyskaniu wstępnej informacji na temat możliwości prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej i pobytu w ośrodku uzdrowiskowym.

Ostateczną decyzję o kwalifikacji na pobyt i prowadzenie rehabilitacji podejmuje lekarz prowadzący przy przyjęciu i po zbadaniu pacjenta. Zastrzegamy prawo do natychmiastowej odmowy przyjęcia w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia pacjenta.

W trakcie pobytu wskazane jest posiadanie przez pacjenta własnych leków, które przyjmuje przewlekłe i dostarczenie dokumentacji dotychczasowego leczenia (wypisy ze szpitala). W przypadku braku leków pacjenta, leki będą wypisywane na receptę. Zastosowane mogą zostać zamienniki stosowanych leków lub w przypadku braku zamienników, leki mogą zostać zmienione na inne. W przypadku braku możliwości zapewnienia leczenia niezbędnym dla zdrowia pacjenta lekiem, pobyt może zostać zakończony.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PUNKTÓW CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta*:

PESEL*:

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania*:

Telefon kontaktowy*: E-mail:

Masa ciała (kg)*: Wzrost*:

1. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania

.....
.....
.....
.....

2. Schorzenia dodatkowe oraz choroby i przebyte operacje (daty operacji lub zakończenia leczenia):

.....
.....
.....

3. Data ostatniej hospitalizacji (jeśli była)*.....
4. Wypisy ze szpitala (dołączone w formie skanu/kopii)*
5. Przebyta ostatnia rehabilitacja (kiedy /jaka/czas trwania)

.....

Zaburzenia psychiczne, w tym otępienne: NIE TAK, proszę opisać

.....

Leczenie psychiatryczne NIE TAK, opis.....

Cewnik moczowy? NIE TAK, kiedy założony (wymieniany)

Karmienie przez PEG? NIE TAK, kiedy założony

Odleżyny? NIE TAK, lokalizacja

Tracheostomia? NIE TAK, kiedy założona

Niedowład / porażenie kończyn górnych: NIE TAK, strona: prawa lewa

Niedowład / porażenie kończyn dolnych: NIE TAK, strona: prawa lewa

Zaburzenia równowagi: NIE TAK

Zaburzenia mowy: NIE TAK

Zaburzenia połykania: NIE TAK

Sposób poruszania się: sam kula trójnóg /czwórnóg

wózek leżący

Stopień samodzielności: w pełni samodzielny samodzielny w obrębie pokoju

wymaga pomocy osób trzecich

Pomoc opiekuna: TAK, wymagana NIE, nie ma potrzeby

Jeśli wymagana, to w jakim zakresie (w jakich czynnościach / jaki rodzaj pomocy):

.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....

.....
.....
Preferowany termin pobytu:(miesiąc / rok)

Zaświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w ankiecie kwalifikacji do rehabilitacji kardiologicznej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), przez administratora danych osobowych, czyli Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A. z siedzibą w Busku-Zdroju, przy ul. Rzewuskiego 1, w celu realizacji usług rehabilitacji kardiologicznej. Jestem świadomy/a, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu kwalifikacyjnego oraz że przysługuje mi prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
Data wypełnienia formularza

.....
Podpis pacjenta / opiekun

*pola obowiązkowe

Uzupełnia lekarz

Kwalifikacja

Odmowa

Uzasadnienie odmowy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....