|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo szpital | **Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu**  **27-600 Sandomierz**  **ul. Schinzla 13** | e:mail: rehabilitacja00@wp.pl  fax.: 15-8323575  tel.: 15-8330726; 158330701 | logo_4 |  |

**Wniosek o przyjęcie pacjenta do Oddziału Rehabilitacji**

*Prosimy o czytelne wypełnienie i odesłanie na nr faxu lub adres e:mail*

*(Kwalifikacja odbywa się 1 x tydzień - w każdy piątek)*

Imię i nazwisko pacjenta:……………………………………………………………………………………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

PESEL:□□□□□□□□□□□

Tel. Kontaktowy do rodziny:…………………………………………………………………………………………………..

Ubezpieczenie: TAK\* NIE\* (\*zakreśl)

Nazwa oddziału i szpitala, w którym pacjent obecnie przebywa:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………Tel:………………………………

Rozpoznanie zasadnicze:…………………………………………………………………………………………………………

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

Choroby współistniejące:……………………………………………………………………………………………………….

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

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

Choroba nowotworowa – obecnie i/lub w wywiadzie:……………………………………………………………

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

Stan funkcjonalny przed zachorowaniem:………………………………………………………………………………

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

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

Stan funkcjonalny obecnie:……………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

Zaburzenia psychotyczne:……………………………………………………………………………………………………….

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

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

Możliwość współpracy z chorym i spełnianie poleceń:…………………………………………………………….

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

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

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

Wydolność układu krążenia (EF I NYHA):…………………………………………………………………………………

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

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

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

Infekcja dróg moczowych:……………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

Infekcja dróg oddechowych:……………………………………………………………………………………………………

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

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

Inne stany zapalne:………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

Odleżyny (stopień, okolica, wielkość):……………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

○ Gastrostomia

○ Tracheostomia

○ Cewnik Foleya

○ Inne:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

Leki przyjmowane obecnie:……………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

Kiedy ostatnio przebywał w oddziale rehabilitacji?.....................................................................

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

Badania z ostatniego tygodnia:

● **morfologia**: RBC…………..WBC………………,Hematokryt……………………..PLT……………………………..

●**CRP:**………………………………………………………………………………………………………………………………………

●**Mocz**:……………………………………………………………………………………………………………………………………Planowany termin wypisu pacjenta: □□/□□/□□□□

**MIEJSCE WYPISU PO HOSPITALIZACJI:** □do domu, \*□DPS, \*□ZOL

\*Jeżeli ośrodek opieki długoterminowej, to czy złożona jest dokumentacja □NIE □TAK

Gdzie:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

(pieczątka i podpis lekarza prowadzącego) (data)