



Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu  
27-600 Sandomierz  
ul. Schinzla 13

e:mail: [rehabilitacja@sand.pl](mailto:rehabilitacja@sand.pl)  
fax.: 15-8323575  
tel.: 15-8330726; 158330701



## 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 psychiatryczne:.....  
.....  
.....

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:.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza prowadzącego)

.....  
(data)