

.....
Data

PIECZĄTKA PODMIOTU LECZNICZEGO

ZGŁOSZENIE
CELEM WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA
NA ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

1. Nazwisko i imię pacjenta: PESEL:
2. Adres zamieszkania:.....
3. Czy pacjent jest ubezpieczony? TAK/NIE
4. Rozpoznanie choroby zasadniczej, będącej powodem kierowania na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej:
..... ICD 10:
.....
.....
.....
5. Choroby współistniejące
.....
.....
.....
6. Opis stanu neurologicznego i funkcjonalnego (stopień niedowładów, używane zaopatrzenie ortopedyczne):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



7. Czy pacjent współpracuje? TAK/NIE
8. Czy pacjent ma:
- a) odleżyny TAK/NIE jeżeli TAK, proszę podać umiejscowienie i stopień:
.....
- b) cewnik w pęcherzu TAK/NIE
- c) tracheostomię TAK/NIE
- d) gastrostomię TAK/NIE
- e) czy pacjent jest skolonizowany szczepami pałeczek CPE? TAK/NIE
9. Planowana data wypisu z oddziału

Prosimy o załączenie wstępnej karty informacyjnej.

.....
Pieczętka i podpis **lekarza kierującego**

.....
nr kontaktowy w celu zwrotnej informacji o wyniku kwalifikacji

Uwaga:

Ostateczna kwalifikacja zostanie dokonana w dniu przyjęcia przez lekarza prowadzącego po ocenie stanu ogólnego osoby kierowanej na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej.

Wypełnione zgłoszenie prosimy przesać **faxem na nr: (22) 737-64-56**

lub

po zeskanowaniu na adres **e-mail: tabita@luxmed.pl**