

## KARTA KWALIFIKACYJNA DLA ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

PROSIMY PANIĄ DOKTOR/PANA DOKTORA O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU!

1. Nazwisko i imię..... 2. Data urodzenia .....

3. Adres do korespondencji .....

4. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Telefon kontaktowy ....., adres e-mail.....

6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10 (na skierowaniu).....

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji (w języku polskim)

.....  
.....

8. Dotychczasowy przebieg rehabilitacji (data, miejsce rehabilitacji).....

.....  
.....

9. Data zachorowania, wypadku, operacji i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji .....

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

10. Choroby towarzyszące:

a) nadciśnienie tętnicze - Tak - Nie

b) serca:

- wada serca, - Tak - Nie

- zawał serca, - Tak - Nie

- zaburzenia rytmu - Tak - Nie

c) cukrzyca - Tak - Nie

d) udar mózgu - Tak - Nie

e) wszczepiony metal - Tak - Nie

11. Ocena zdolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR:

.....  
.....

12. Ocena stanu psychicznego:

- a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia: .....
  - b) czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne: ....., jakie .....
- .....

13. Rurka tracheotomijna: .....

14. Cewnik moczowy: .....

15. Odleżyny: ..... – umiejscowienie (opis) .....

.....

- a) wielkość: ..... b) obecność zakażenia: .....

16. Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

- a) samodzielne mycie się: ..... b) samodzielne ubieranie się: .....
  - c) samodzielne jedzenie: ..... d) trzymanie moczu, stolca: .....
  - e) samodzielne siadanie w łóżku: .....
  - f) samodzielne chodzenie po pokoju: ....., korytarzu: ....., na schodach: .....
  - g) zaopatrzenie ortopedyczne: ....., jakie? .....
- .....
- .....
- h) czy wymaga wózka inwalidzkiego: ....., czy posiada wózek: .....

17. Inne choroby współistniejące, przebyte operacje, np. czynna choroba nowotworowa:

.....

.....

.....

.....

18. Aktualnie podawane leki, uczulenia na leki:

.....

.....

.....

.....

**Podpis i pieczęć lekarza**