

Ankieta kwalifikacji do rehabilitacji ogólnoustrojowej pobyty komercyjne

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia: (rok-miesiąc-dzień)

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Preferowany termin przyjazdu

(rok-miesiąc-dzień)

Planowana długość pobytu:

Pobyt w pokoju: 1- osobowym 2-osobowym

Schorzenie podstawowe: operacja uraz schorzenie przewlekłe

Data wypisu ze szpitala:

(rok-miesiąc-dzień)

Schorzenia dodatkowe i operacje przebyte (daty operacji lub zakończenia leczenia):

Leczenie onkologiczne:

nie tak tak, w trakcie zakończone, data

Zaburzenia psychiczne w tym otępienne: nie tak, proszę opisać:

Masa ciała: kg Wzrost: cm

| | | |
|----------------------|-----|----------------------------------|
| Cewnik moczowy? | nie | tak, kiedy założony (wymieniany) |
| Karmienie przez PEG? | nie | tak, kiedy założony |
| Odleżyny? | nie | tak, lokalizacja |

Lista przyjmowanych obecnie leków:

| lp | nazwa leku |
|----|------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| | | | | | |
|-------------------------|---------------|----------------------|-------------------|-------|--------|
| Sposób poruszania się: | sam | laska/kula | trójnóg/czwóróg | wózek | leżący |
| Stopień samodzielności: | w pełni | w obrębie pokoju | w obrębie budynku | | |
| Pomoc opiekuna: | tak, wymagana | nie, nie ma potrzeby | | | |

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

| | | | | | |
|---|-----|-----|---------------------|-----|-----|
| Pełna dokumentacja medyczna (karty informacyjne) | tak | nie | proszę o załączenie | | |
| Ostatnie wyniki badań laboratoryjnych (badanie ogólne moczu, morfologia krwi, CRP) | tak | nie | EKG | tak | nie |
| Czy Pacjent jest zaszczepiony p/SARS Cov-2 | tak | nie | | | |

Uwagi:

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

Szanowny Pacjencie!

Zgodnie z Art. 13 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp.z o.o z siedzibą w Konstancin Jeziorna ul. Gąsiorowskiego 12/14
tel: 22 703 00 00

Inspektorem ochrony danych jest:

Marta Lesisz-Jakubowska, dane kontaktowe: adres e-mail: iod@ckr.pl

Celem przetwarzania danych jest:

Świadczenie usług medycznych, leczenie pacjentów i zarządzanie udzielaniem usług medycznych.

Podstawy prawne przetwarzania:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Zebrane dane będą przechowywane w terminie:

zgodnym z obowiązującymi przepisami:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Posiada Pani/Pan prawo do:

dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.

wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, w przypadku naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Informujemy, że:

Przetwarzane dane osobowe nie są i nie będą udostępniane innym podmiotom poza przypadkami, gdy obowiązek taki wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nie udzielenie świadczenia/odmowa wykonania usługi.

Podpis pacjenta / opiekuna

DATA 01.05.2023 r.