

## Ankieta kwalifikacji do rehabilitacji ogólnoustrojowej

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

PESEL:

(rok-miesiąc-dzień)

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

---

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

(rok-miesiąc-dzień)

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

Masa ciała:

kg

Wzrost:

cm

Padaczka	nie	tak, częstość napadów/miesiąc
Cewnik moczowy?	nie	tak, kiedy założony (wymieniany)
Karmienie przez PEG?	nie	tak, kiedy założony
Odleżyny?	nie	tak, lokalizacja
Inne rany (w tym pooperacyjne) zagojone	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 2004r.
- 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 krwi 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 01.08.2023 r.