.....
data i miejscowość

ZGŁOSZENIE
CELEM WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA
W STACJONARNYM KOMERCYJNYM ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI, 05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA UL. GĄSIOROWSKIEGO 12/14

1. Nazwisko i imię pacjenta

2. PESEL | | | | | | | | | | |

3. Adres zamieszkania :

4. Telefon

5. Schorzenia towarzyszące i przebyte, w tym infekcje

6. Odleżyny

7. Cewnik

8. PEG

9. Ostatnie wyniki badań laboratoryjnych, EKG

10. Badanie przesiewowe w kierunku bakterii wytwarzających karbapenemazy typu: KPC, MBL, OXA-48

11. Aktualne leczenie farmakologiczne

12. Aktualny stan funkcjonalny

13. Oczekiwania odnośnie efektów usprawniania

14. Załączenie pełnej dokumentacji medycznej (karty informacyjne)