

Data wypełnienia ankiety (rok-miesiąc-dzień):

□□□□ - □□ - □□

Ankieta kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

□□□□ - □□ - □□

PESEL:

□□□□□□□□□□□□□□

Adres zamieszkania:

Z kim chory/chora mieszka i kto obejmie opieką po zakończeniu hospitalizacji

Telefon kontaktowy:

□□□□□□□□□□□□

Masa ciała:

□□□ kg

Wzrost:

□□□ cm

Schorzenie podstawowe – data zachorowania / urazu / operacji:

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

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

Cewnik moczowy? nie tak, kiedy założony (wymieniany) □□□□-□□-□□

Karmienie przez PEG? nie tak, kiedy założony □□□□-□□-□□

Odleżyny? nie tak, lokalizacja zdjęcia

Trecheostomia? nie tak, kiedy założona □□□□-□□-□□

Lista przyjmowanych obecnie leków:

lp	nazwa leku	dawka	częstotliwość (rano/obiad/wieczór/inaczej)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Niedowład / porażenie kończyn górnych: nie tak, strona prawa tak, strona lewa
 Niedowład / porażenie kończyn dolnych: nie tak, strona prawa tak, strona lewa
 Zaburzenia równowagi: nie tak
 Zaburzenia mowy: nie tak
 Zaburzenia połykania: nie tak

Sposób poruszania się: sam laska/kula trójnóg/czwórnoóg 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

Badanie przesiewowe w kierunku bakterii wytwarzających karbapenemazy typu: KPC, MBL, OXA-48 tak nie

Wynik wymazu w kierunku SARS-Cov-2 (ważny 2 dni przed planowanym przyjęciem) tak nie

Czy Pacjent jest zaszczepiony p/SARS Cov-2 tak nie

Data wypisu ze szpitala: - -

Preferowany termin przyjazdu (miesiąc / rok): -

Planowana długość pobytu:

Oczekiwania co do rehabilitacji:

Wymagana rehabilitacja: ruchowa neuropsychologiczna logopedyczna

Język w jakim komunikuje się pacjent:

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

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: marta.lesisz.jakubowska@ckr.pl. Celem przetwarzania danych jest: Świadczenie usług medycznych, leczenie pacjentów i zarządzania 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 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r.;

Zebrań 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 PUODO, 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