.....
pieczęć zakładu kierującego

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ SZPITALA ŚW. WINCENTEGO A PAULO.

Szpital Św. Wincentego a Paulo. ul. Wójta Radtkego 1
tel.: 58 72 60 700; fax: 58 620 11 14 tel. oddział: 58 72 60 637 / 858
e-mail: swp.rehabilitacja@szpitalepomorskie.eu

- Imię i nazwisko pacjenta .....
- Nr pesel/nr ubezpieczenia .....
- Adres zamieszkania pacjenta .....
  1. adres dotychczasowego zamieszkania .....
  2. adres, pod który pacjent zostanie wypisany po zakończeniu leczenia. ....
  ....
- Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby opiekującej się pacjentem ....
  ....
- Rozpoznanie choroby zasadniczej ..... kod ICD-10.....
  a) data zachorowania: dzień ..... miesiąc ..... rok .....
  b) krótki opis stanu przedmiotowego ogólnego i neurologicznego ....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
- Choroby współistniejące, ze szczególnym uwzględnieniem:
  a) wydolności układu krążeniowo-oddechowego .....
  b) chorób metabolicznych ....
  c) padaczki ....
  d) odleżyn ....
  e) przykurczy stawowych ....
  f) aktywnych zakażeń .....
  g) inne ....
- Przebieg dotychczasowych hospitalizacji w przebiegu choroby zasadniczej (Oddziały Szpitalne) .....
  .....
  .....
- Ocena wydolności funkcjonalnej:

lokomocja	chodzący	TAK/NIE
	chodzący z pomocą (1 osoba, zaopatrzenie ortop.)	TAK/NIE
	siedzący stabilnie bez podparcia	TAK/NIE
	leżący	TAK/NIE
higiena osobista	samodzielny	TAK/NIE

wymagający pomocy ..... TAK/NIE

przyjmowanie posiłków samodzielny ..... TAK/NIE
wymagający pomocy . ..... TAK/NIE
z zaburzeniami połykania ..... TAK/NIE
z sondą do żołądka ..... TAK/NIE

korzystanie z toalety samodzielny ..... TAK/NIE
wymagający pomocy ..... TAK/NIE
cewnik ..... TAK/NIE
pieluchomajtki ..... TAK/NIE

- Ocena:
  a) funkcji poznawczych/kontaktu z pacjentem ....
  b) zaburzeń mowy (rodzaj zaburzeń, stopień nasilenia) ....
  c) motywacji do usprawniania ....
- Określenie celu skierowania pacjenta do Oddziału Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej .....
  .....
  .....
  .....

Prosimy o dokładne wypełnienie wszystkich części wniosku.
W przypadku pacjentów kierowanych na rehabilitację wczesną konieczne jest dołączenie wyników badań:
1. TK i/lub MRI głowy/kręgosłupa – w zależności od objawów klinicznych, **2.** Doppler tt. domózgowych, **3.** ECHO serca, **4.** RTG płuc, **5.** wyników badań w kierunku alertpatogenów wymazów z nosa i z odbytu, w przypadku obecności odleżyn/ran/rurki tracheostomijnej również wymazów z tych okolic.
Brak danych i/lub wyników badań spowoduje odrzucenie wniosku. Ostateczna kwalifikacja do przyjęcia nastąpi po badaniu lekarskim w Izbie Przyjęć Szpitala po telefonicznym uzgodnieniu terminu z Kierownikiem Oddziału.

....
data wystawienia wniosku pieczątka i podpis lekarza

Wypełnia świadczeniodawca:
Uzasadnienia przyjęcia lub odmowy przyjęcia ....
.....
.....
.....
.....
.....
Termin realizacji świadczenia:
.....
.....

....
data pieczątka i podpis lekarza

Dokumenty wymagane przy przyjęciu:

- **Skierowanie z Placówki Kierującej lub Poradni Specjalistycznej,**
- **dokumenty z przebytego leczenia,**

- **w przypadku Rehabilitacji Neurologicznej Przewlekłej (RNP) – zaświadczenie od lekarza POZ o braku p/wskazań do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz aktualne wyniki podstawowych badań laboratoryjnych,**