

.....
Pieczęć nagłówkowa zlecającego
Nr Umowy z NFZ

.....
miejscowość i data wystawienia skierowania

Skierowanie na ogólnoustrojową rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych

Szpital Miejski w Zabrze Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
41 – 803 Zabrze, ul. Zamkowa 4
tel. 32 277 61 ; fax. 32 271 73 11
email. sekretariak@szpitalzabrze.pl

1. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres Zamieszkania :

Kod Pocztowy Miejscowość:

ulica: nr.domu/mieszkania:

tel.: Oddział NFZ:

Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż zamieszkania) :

Kod Pocztowy Miejscowość:

ulica: nr.domu/mieszkania:

Dane osoby kontaktowej (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, telefon kontaktowy) :

.....
.....

Sytuacja zawodowa pacjenta: zawód, stanowisko w zawodzie, miejsce pracy lub nauki:

.....
.....

Aktualnie: czynny zawodowo , rencista , emeryt , bezrobotny , uczeń/student

Sytuacja społeczna (warunki mieszkaniowe, źródła utrzymania, opiekunowie), itp.:

.....
.....

2. Dane Kliniczne:

Rozpoznanie w języku polskim:

.....
.....
.....

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10

--	--	--

Przyczyna skierowania na rehabilitację oraz cel rehabilitacji:

.....
.....
.....

Choroby współistniejące:

.....
.....
.....

3. Wywiad: Dokładna data i dane dotyczące początku choroby/wypadku:

.....
.....
.....

Przebieg leczenia (szpitalne , sanatoryjne , ambulatoryjne)

Zaopatrzenie ortopedyczne (jakie? I data ostatniego)

.....
.....
.....

Zastosowane leczenie chorób współistniejących (w szczególności cukrzycy, chorób układu krążenia, padaczka itp., wymienić leki i dawkowanie)

.....
.....
.....

4. W jakim celu pacjent jest kierowany :

.....
.....
.....

5. Czy pacjent może być rehabilitowany w warunkach ambulatoryjnych: Tak Nie

5. Badanie Przedmiotowe:

I ocena sprawności pacjenta

a) poruszanie się: - chodzący [], - chodzący przy pomocy [], (kula, laska, czworonóg, podpór asekuracja drugiej osoby*) - siedzący, zaadoptowany do wózka [], - leżący []

b) higiena osobista: - samodzielny [] - wymaga pomocy [], - całkowicie zależny []

c) jedzenie i picie: - samodzielny [] - wymaga pomocy [], - całkowicie zależny []

d) kontrola zwieraczy: - samodzielny [] - wymaga pomocy [], - całkowicie zależny []

II. Układ krążeniowo – oddechowy (ocena wydolności i ew. leki.)

.....
.....

III. Stan Psychiczny :

a) współpraca w rehabilitacji: tak [], nie []

b) zaburzenia mowy : tak [], nie [] (afazja, dyzatria, inne- wymienić)*

c) objawy zespołu psychoorganicznego: tak [], nie [], określić wielkość i lokalizację

.....
.....

IV Odleżyny: tak [], nie [], określić wielkość i lokalizację

.....
.....

V. Przykurcze w stawach: tak [], nie [], określić wielkość i lokalizację

.....
.....

7. Wyniki Badań: morfologia, OB, cukier, mocz badanie ogólne, EKG(data), RTG kl. piersiowej (data).

.....
.....

UWAGA! Wszystkie rubryki należy wypełnić dokładnie i czytelnie – brak niezbędnych danych spowoduje odrzucenie wniosku ! Konieczne jest dołączenie kserokopii dokumentacji medycznej. Ostateczna decyzja o przyjęciu ubezpieczonego do OR następuje po badaniu lekarskim.

Oświadczam, że dane zawarte w skierowaniu są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Dokumenty należy dostarczyć : osobiście, listownie lub fax-em