

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY
do pobytu w

DONUM CORDE
CENTRUM REHABILITACJI I OPIEKI MEDYCZNEJ

Dane personalne

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Adres zameldowania

Ulica.....

Nr domu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Seria i numer dowodu osobistego:

.....

Telefon.....

Dane opiekuna prawnego/faktycznego

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Adres zameldowania

Ulica.....

Nr domu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Seria i numer dowodu osobistego:

.....

Telefon/

e-mail:.....

Data zachorowania/urazu.....

*Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mnie do:

☐

Pobytu na oddziale opiekuńczo- leczniczym w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej

☐

Pobytu na oddziale opiekuńczo- leczniczym wraz z rehabilitacją w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej,

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu świadczenia usług medycznych przez DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej Sp. Z O. O. z siedzibą w Budach Głogowskich koło Rzeszowa.

Miejscowość i data:

Podpis:

*Do wniosku należy dołączyć aktualne kopie przebytych konsultacji, w tym również neurologicznej i/lub ortopedycznej, wyniki badań morfologicznych oraz mikrobiologicznych, Karty Informacyjnej z hospitalizacji dokumentacji medycznej i inne zaświadczenia mające wpływ na świadczenie usług medycznych w Domach Opieki Medycznej i Seniora DONUM CORDE.

* odpowiednio zaznaczyć

Stosowanie do przepisów ustawy o ochronie danych osobowych Wnioskodawca potwierdza otrzymanie informacji, że:

- 1. Administratorem danych osobowych jest DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej z siedzibą w Budach Głogowskich 835 B. 36-060 Głogów Małopolski*
- 2. Dane zbierane są w związku z usługami świadczonymi przez DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej Sp. Z O. O. w Budach Głogowskich koło Rzeszowa i mogą być wykorzystywane do celów związanych z jego działalnością,*
- 3. Wnioskodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych,*
- 4. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zakwalifikowanie na pobyt na oddziale opiekuńczo- leczniczym Donum Corde lub na rehabilitację w Centrum Rehabilitacji Donum Corde w Budach Głogowskich, jeśli nie ma wcześniejszej możliwości wglądu w dokumentację medyczną.*
- 5. Wnioskodawca wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku w celach jego rozpatrzenia oraz w celach marketingowych przez administratora danych DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej Sp. Z O. O. w Budach Głogowskich koło Rzeszowa.*

**Kontakt:
DONUM CORDE
Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej**

**Budy Głogowskie 835 B
36-060 Głogów Małopolski
Tel: 508 276 074 | 508 385 576 | 517 226 993**

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

DONUM CORDE CENTRUM REHABILITACJI I OPIEKI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY/ DYŻURNY

Rozpoznanie wg ICD 10 /
schorzenia zasadnicze oraz choroby współistniejące.
Przebyte operacje oraz zabiegi

AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE
(antybiotykoterapia, leki: dawkowanie, czas trwania leczenia; ewentualne zalecenia)

Choroby zakaźne

TAK ☐ NIE ☐ Rodzaj

UKŁAD KRAŻENIA

Wydolny ☐ Niewydolny ☐

Czynność serca

Miarowa ☐ Niemiaraowa ☐

Obecność kardiowertera/ DBS i inne urządzenia elektroniczne

TAK ☐ NIE ☐

UKŁAD ODDECHOWY

Wydolny ☐

Niewydolny ☐ Tracheostomia ☐ Respiratorerapia ☐ Tlenoterapia ☐

Rodzaj rurki tracheotomijnej;

DATA; ostatnia wymiana rurki tracheotomijnej

Uwagi / zalecenia dot. układu oddechowego

UKŁAD POKARMOWY

W normie ☐

Sonda do żołądka ☐

PEC ☐

Zalecenia dotyczące żywienia; w tym też diet przemysłowych:

UKŁAD MOCZOWY

Cewnik do pęcherza moczowego: TAK ☐ NIE ☐ Rodzaj/rozmiar

Data założenia/ wymiany cewnika:

Kontrola zwieraczy TAK ☐ NIE ☐

OCENA NEUROLOGICZNA

Stan świadomości:

Pacjent świadomy ☐

Pacjent wybudzony ☐

inne ☐

Pacjent wybudzany ☐

Stan wegetatywny ☐

Uwagi:

Napięcie mięśniowe

podwyższone ☐

sztywność ☐

spastyka ☐

normalne ☐

obniżone ☐

wiotkie ☐

Przykurcze mięśniowe

Tak ☐

Nie ☐

Występowanie odruchów patologicznych

Tak ☐

Nie ☐

OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA

Czy prowadzono rehabilitację?

TAK ☐

NIE ☐

Pacjent leżący

TAK ☐

NIE ☐

Chód z pomocą ☐

samodzielnie ☐

nie chodzi ☐

Porusza się na wózku ☐

z pomocą ☐

samodzielnie ☐

Ocena wg ICF

D410 – Zmiana podstawowej pozycji ciała

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D415 – utrzymanie pozycji ciała

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D420 – przemieszczanie się

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D450 – chodzenie

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D510 – mycie się

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D520 – pielęgnacja poszczególnych części ciała

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D530 – korzystanie z toalety

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D540 – Ubieranie się

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

D550 – Jedzenie

Zakres ograniczenia

brak	nieznaczne	umiarkowane	znaczne	skrajnie duże
------	------------	-------------	---------	---------------

OCENA PIEŁĘGNIARSKA

Kategoria opieki pielęgniarskiej I ☐ II ☐ III ☐

Odleżyny/ rany przewlekłe: tak ☐ nie ☐

umiejscowienie/ stopień:

.....

Uzasadnienie kategorii opieki pielęgniarskiej/ problemy pielęgnacyjne:

Podpis i pieczęć pielęgniarki:

.....

Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z aktualnym stanem zdrowia pacjenta.

Na podstawie przekazanych danych i wywiadu środowiskowego podejmowana zostaje kwalifikacja Pacjenta do ośrodka opiekuńczo- rehabilitacyjnego DONUM CORDE

Miejscowość, data.....

Podpis i pieczęć lekarza/ osoby wypełniającej formularz

Ewentualny kontakt do lekarza prowadzącego, oddziału, osoby kontaktowej z personelu medycznego, w sprawie Pacjenta:

.....