

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY
do pobytu w

DONUM CORDE
CENTRUM REHABILITACJI I OPIEKI MEDYCZNEJ

Centrum Rehabilitacji DZIECI DONUM CORDE

Dane personalne

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Data urodzenia

Adres zameldowania

Ulica.....

Nr domu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Dane opiekuna prawnego/faktycznego

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Adres zameldowania

Ulica.....

Nr domu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Seria i numer dowodu osobistego:

.....

Telefon/

e-mail:.....

Rozpoznanie (data).....
.....
.....

*Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mojego dziecka do:

☐

Pobyt stacjonarny wraz z rehabilitacją w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej, 10 dni terapeutycznych (12 dni pobytu)

☐

Pobyt stacjonarny wraz z rehabilitacją w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej, 5 dni terapeutycznych (5 dni pobytu)

☐

Rehabilitacja bez pobytu stacjonarnego w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej, 10 dni

☐

Rehabilitacja bez pobytu stacjonarnego w DONUM CORDE Centrum Rehabilitacji i Opieki Medycznej, 5 dni

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

Rozpoznanie:

schorzenia zasadnicze oraz choroby współistniejące.

Przebyte operacje oraz zabiegi

Aktualnie przyjmowane leki/ stałe leczenie farmakologiczne:

WYWIAD CHOROBY- STAN ZDROWIA PACJENTA

Choroby zakaźne	Tak	Nie	Jeśli TAK, jakie:
Choroby serca i układu krążenia	Tak	Nie	Jeśli TAK, jakie:
Obecność kardiowertera/ DBS i inne urządzenia elektroniczne.	Tak	Nie	
Choroby układu pokarmowego	Tak	Nie	Jeśli TAK, jakie:
Dieta zalecona przez lekarza	Tak	Nie	Zalecenia:
Sonda do żołądka	Tak	Nie	

PEG	Tak	Nie	
Choroby układu oddechowego	Tak	Nie	Jeśli TAK, jakie:
Tracheostomia	Tak	Nie	
Respiratoterapia	Tak	Nie	
Tlenoterapia	Tak	Nie	
Choroby układu moczowego	Tak	Nie	
Cewnikowanie	Tak	Nie	
Pampers	Tak	Nie	
Kontrola stolca i moczu	Tak	Nie	
Padaczka	Tak	Nie	
Zastawka otrzewnowo – komorowa/inna	Tak	Nie	Uwagi:
Uwagi:			

INFORMACJE DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Czy prowadzono rehabilitację?		Tak	Nie
Metody rehabilitacji (proszę wybrać główne formy fizjoterapii):			
☐ Vojta ☐ NDT-Bobath ☐ Medek ☐ MAES		☐ SI ☐ PETO ☐ DNS ☐ PNF	
Inni specjaliści w procesie terapeutycznym (neurolog, gastroenterolog, logopeda, psycholog, okulista, itp.):			
Sposób przemieszczania:	Chód: z zaopatrzeniem ortopedycznym, samodzielny, nie chodzi Wózek: z pomocą osoby drugiej, samodzielnie; Rodzaj wózka: aktywny, elektryczny, ortopedyczny		

Proszę spośród poniższej listy wybrać preferowaną formę terapii w DONUM CORDE:

Terapia indywidualna:

Rodzaj terapii	Ilość terapii podczas turnusu/pobytu*
☐ Indywidualna terapia z fizjoterapeutą (PNF, Terapia ręki, trójpłaszczyznowa terapia wad stóp, neuroforma, bieżnia itp. Dostosowane do potrzeb dziecka przez terapeute)	
☐ Pionizacja z fizjoterapeutą	
☐ Indywidualna terapia metodą Vojty z fizjoterapeutą	
☐ Indywidualna terapia metodą Bobath z fizjoterapeutą	
☐ Indywidualna terapia metodą SI z fizjoterapeutą	

Terapia z wykorzystaniem nowoczesnych technologii:	
☐ Egzoszkielet/Robogait	
☐ Mikropolaryzacja	
☐ Indywidualna terapia z fizjoterapeutą na basenie	
☐ Grupowa terapia w wodzie metodą Halliwick	
☐ Integracja sensoryczna	
☐ Sala doświadczeń świata	
☐ Terapia neurologopedyczna	
☐ Terapia psychologiczna	
☐ Terapia z wykorzystaniem C-EYE	
☐ Hydroterapia (kąpiel wirowa)	

Ocena podstawowych czynności wg rodzica

1. Zmiana podstawowej pozycji ciała

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

2. utrzymanie pozycji ciała

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

3. przemieszczanie się

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

4. chodzenie

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

5. mycie się

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

6. pielęgnacja poszczególnych części ciała

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

7. korzystanie z toalety

Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

8. Ubieranie się
Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

9. Jedzenie
Zakres ograniczenia

☐ brak	☐ nieznaczne	☐ umiarkowane	☐ znaczne	☐ skrajnie duże	☐ nie dotyczy
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

UWAGI DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA/ OPIEKI NAD PACJENTEM

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:

.....