
WNIOSKODAWCA

tel.: _____

sygn. _____

e-mail: _____

WNIOSEK

o przyjęcie na rehabilitację w Centrum Origin Otwock

INFORMACJE O PACJENCIE:

Imię i NAZWISKO: _____ PESEL _____

ADRES: _____ kod _____ miejscowość _____

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK: _____

DATA ZDARZENIA MEDYCZNEGO UDAR/WYPADEK/INNE: _____

CZY PACJENT KORZYSTAŁ Z REHABILITACJI: TAK NIE NFZ PRYWATNIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na rehabilitację do Centrum Origin Otwock Sp. z o.o. z siedzibą w Otwocku ul. Bernardyńska 13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu świadczenia usług rehabilitacyjnych.

Zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych WNIOSKODAWCA potwierdza otrzymanie informacji, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Origin Otwock Sp. z o.o. 05-400 Otwock, ul. Bernardyńska 13, KRS 0000765554

2. Dane zbierane są w związku z usługami świadczonymi przez Centrum Origin Otwock Sp. z o.o. 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 skierowanie na rehabilitację,

WNIOSKODAWCA wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku w celu jego rozpatrzenia oraz wyraża zgodę/nie wyraża zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych przez administratora danych.

Miejscowość i data

PODPIS WNIOSKODAWCY

WYPEŁNIA LEKARZ

STAN PACJENTA	ROZPOZNANIE wg ICD 10: Opis:
---------------	---------------------------------

WZROST:	WAGA:	OBRZĘKI T/N	CHOROBA ZAKAŻNA T/N
WYNIKI WYMAZÓW	Jakie BAKTERIE:		
ODLEŻYNY T/N	Opis:		

Ciśnienie krwi:	Czynność serca:		
Układ Oddechowy T/N	wydolny	niewydolny	tracheotomia tlenoterapia
Rodzaj rurki tracheotomijnej:			
Wynik posiewu z rurki tracheostomijnej:			
UWAGI:			
Układ pokarmowy T/N	Sonda	PEG	DIETA PRZEMYSŁOWA
Układ moczowy T/N	Cewnik do pęcherza moczowego NIE TAK jaki?		
Stan świadomości T/N	Pacjent świadomy	Pacjent nieświadomy	
	SKALA Glasgow: GCS	pkt	
	UWAGI:		
LEKI przyjmowane przez Pacjenta (proszę podać dawki)	Antybiotyk (kiedy ostatnio podawany?)		
	Inne:		

Miejscowość i data

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

Wnioskodawca dołącza* / nie dołącza do wniosku dokumentację medyczną.

*/właściwe podkreślić

WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA / lub lekarz

Napięcia mięśniowe T/N	Normalne		
	Podwyższone	gdzie?	
	Sztywność	gdzie?	
	Spastyka	gdzie?	
	Obniżone	gdzie?	
Przykurcze mięśniowe	Nie występują	Występują gdzie?	
Czucie głębokie	Normalne	Zaburzone gdzie?	
Czucie powierzchniowe	Normalne	Zaburzone gdzie?	
Czynności lokomocyjne	Chodzący niechodzący pionizowany do siadu UWAGI:	kule na wózku	balkonik leżący pionizowany do stania
Mowa	Bez zaburzeń	Z zaburzeniami jakie?	
Podstawowe czynności dnia codziennego	Samodzielny Wymagający pomocy w zakresie: przy jedzeniu w ubieraniu w toalecie w kąpeli transfery z łóżka przy przemieszczaniu się UWAGI:	Niesamodzielny z krzesła	z wózka

Miejscowość i data

PODPIS FIZJOTERAPEUTY /LEKARZA

Zostałem poinformowany, że Centrum Origin Otwock sp. z o. o. nie posiada 24 godzinnej opieki lekarskiej.
Zostałem poinformowany, że w że Centrum Origin Otwock sp. z o. o. jest 24 godzinna doraźna opieka pielęgniarska oraz wsparcie opiekunów medycznych. Pacjenci, którzy wymagają opieki osób trzecich muszą przebywać w ośrodku z członkiem rodziny lub osobą przez rodzinę wyznaczoną.

Miejscowość i data

PODPIS WNOSKODAWCY