

**Wstępna ankieta dla pacjentów
kwalifikowanych na pobyt rehabilitacyjny po COVID-19**

1. Nazwisko i imię
2. PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Telefon
5. Masa ciałakg, 6. Wzrostcm, 7. Czynny (-a) zawodowo TAK / NIE
8. Data zachorowania na COVID-19 (dodatni test)
9. Data zakończenia leczenia w kierunku COVID-19 będąca podstawą przyjęcia na rehabilitację.....
10. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj, data).....
.....
11. Schorzenia współistniejące:
 - a) Niewydolność serca TAK / NIE EF%
 - b) Migotanie przedsionków TAK / NIE Antykoagulacja (preparat)
 - c) Cukrzyca TAK / NIE, Insulina TAK / NIE
 - d) Niewydolność oddechowa TAK / NIE, Saturacja%
 - e) Inne (jakie)
12. Ocena sprawności:
 - a) Samodzielne korzystanie z łazienki, ubieranie się i rozbieranie TAK / NIE
 - b) Samodzielne spożywanie posiłków, przyjmowanie leków TAK / NIE
 - c) Samodzielne poruszanie się w obrębie pokoju TAK / NIE
 - d) Samodzielne poruszanie się w obrębie budynku 150 – 200 m TAK / NIE
 - e) Kontrolowane oddawanie moczu i stolca TAK / NIE
 - f) Cewnik TAK / NIE, Pampers TAK / NIE
 - g) Zaopatrzenie ortopedyczne TAK / NIE. Jakież?
 - h) Konieczność korzystania z koncentratora tlenu, tlenoterapii TAK / NIE
 - i) Zrozumienie i wykonywanie zaleceń TAK / NIE
13. Aktualnie czynna choroba zakaźna lub nosicielstwo bakterii wymagające izolacji TAK / NIE
14. Badania diagnostyczne wymagane do kwalifikacji i przyjęcia (dołączone do skierowania):

- Aktualna morfologia, OB, CRP
- RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19
- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID – 19

Jeśli dodatkowo wykonywane było badanie TK klatki piersiowej prosimy o załączenie.

Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów w szpitalach w ostatnich 6 miesiącach a także leków przyjmowanych przewlekłe (na stałe) wraz z rozpisany dawkowaniem. W razie braku leków dla pacjenta mogą zostać zlecone zamienniki, alternatywnie w przypadku ich braku, może zostać zmienione leczenie. W przypadku braku możliwości zapewnienia ciągłości leczenia niezbędnymi dla zdrowia pacjenta preparatami, dopuszcza się możliwość zakończenia pobytu.

Powyższa ankieta służy wstępnemu uzyskaniu informacji na temat ewentualnej możliwości prowadzenia rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 dla osoby zainteresowanej oraz pobytu w SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskim MSWiA „ORION” w Ciechocinku. Ostateczna decyzja i kwalifikacja co do możliwości prowadzenia ww. rehabilitacji zostanie podjęta przy przyjęciu, po przeprowadzeniu wywiadu i badania lekarskiego.

W przypadku podania w niniejszej ankiecie nieprawdziwych danych lub celowego pominięcia istotnych faktów, należy się liczyć z odmową przyjęcia na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19.

Potwierdzam, że dane zawarte w powyższej ankiecie są zgodne z prawdą. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich podanych wyżej danych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, przez administratora tych danych czyli SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA „ORION” w Ciechocinku, w celu realizacji świadczeń związanych z rehabilitacją po przebytych COVID-19. Jestem świadomy (-a), że podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do realizacji procesu rehabilitacji. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych i ich poprawianie.

.....

(data, czytelny podpis osoby ankietowanej)

Wypełnia lekarz SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskiego MSWiA „ORION” w Ciechocinku

ZGODA

ODMOWA

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

(data, czytelny podpis lekarza.