

Dom Nad Doliną

Kompleks Wypoczynkowo Opiekuńczy

Różnowo 70A, 11-001 Dywity

ANKIETA DLA PACJENTA NA REHABILITACJĘ PO COVID - 19

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko _____ tel. _____

PESEL _____ data wypełnienia: _____

Adres do korespondencji:

Adres zamieszkania _____ Kod Pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Proszę wypełnić **podkreślając prawidłową odpowiedź** i dołączyć do dokumentacji medycznej.

Czy choruje lub chorował/a/ Pan/i/ na następujące choroby:

1) serca (wada, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

2) nadciśnienie tętnicze *TAK / NIE/ NIE WIEM*

3) cukrzyca *TAK / NIE/ NIE WIEM*

4) choroby nowotworowe *TAK / NIE/ NIE WIEM*

5) zapalenie oskrzeli, gruźlicę, astma, POChP *TAK / NIE/ NIE WIEM*

6) przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, inne) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

7) wątroby (np. żółtaczka, marskość) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

8) udar mózgu *TAK / NIE/ NIE WIEM*

9) padaczka *TAK / NIE/ NIE WIEM*

Jeśli tak, proszę podać:

- kiedy był ostatni napad padaczkowy _____

10) psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

11) tarczycy (nadczynność, niedoczynność) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

12) choroby naczyń (np. miażdżyca, żylaki) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

13) nerek (np. kamica, zapalenie) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

14) przewlekłe choroby skóry (m.in. owrzodzenia lub niewygojone rany) *TAK / NIE/ NIE WIEM*

15) uczulenia *TAK/ NIE/ NIE WIEM*

Jeśli tak, proszę podać

jakie: _____

16) inne *TAK /NIE/ NIE WIEM*

Jeśli tak, proszę podać

jakie: _____

Czy przebył Pan/i/ zabiegi operacyjne tak / nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu i rok

Czy występują u Pana/i/

-omdlenia *TAK / NIE*

-duszność spoczynkowa lub przy codziennych czynnościach (m.in. ubieranie, jedzenie) *TAK / NIE*

-nawracające krwawienie (z nosa, inne) *TAK / NIE*

-trudności w utrzymaniu moczu i stolca *TAK/ NIE*

Czy korzysta Pan/i/ z zaopatrzenia ortopedycznego (protezy, kule, wózek inwalidzki) ?

Proszę wymienić:

Czy wymaga Pan/i/ pomocy przy:

-toaletcie *TAK / NIE*

-ubieraniu *TAK/ NIE*

Jeśli tak, proszę podać zakres pomocy _____

-spożywaniu posiłków *TAK/ NIE*

Czy potrafi Pan/i/ samodzielnie chodzić

-po schodach *TAK/NIE*

-na terenie płaskim *TAK / NIE*

-przemieszczać się z łóżka na krzesło *TAK / NIE*

Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:

Postępowanie rehabilitacyjne zostanie dopasowane indywidualnie do potrzeb pacjenta w ośrodku.

Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dom Opieki w Różnowie moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Domu Opieki i realizacją procedury przyjęcia. Dom Opieki w Różnowie informuje, że administratorem danych osobowych będzie Spółka, która wykorzystywać będzie je wyłącznie samodzielnie lub przez podmioty współpracujące przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu i realizacją procedury przyjęcia, wyłącznie na potrzeby marketingowe oraz w celu realizacji wniosku i procedury przyjęcia. Przekazanie danych osobowych wnioskodawcy osobie trzeciej wymaga pisemnej zgody. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

.....
Podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis

