

WSTĘPNY FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

Rehabilitacja dzienna z noclegiem

Formularz służy wstępnej ocenie możliwości udziału w rehabilitacji. Ostateczna kwalifikacja i zakres terapii wymagają oceny dokumentacji oraz konsultacji ze specjalistą placówki. Wypełnienie formularza nie oznacza potwierdzenia przyjęcia ani rezerwacji terminu.

WAŻNE — ZAKRES ŚWIADCZEŃ I ORGANIZACJA NOCLEGU

Placówka prowadzi rehabilitację dzienną. Nie zapewnia całodobowej opieki medycznej, pielęgniarskiej ani opiekuńczej, w tym w godzinach nocnych. Nocleg jest możliwością zakwaterowania podczas rehabilitacji, a nie pobytem w oddziale stacjonarnym.

Nocleg może odbywać się samodzielnie lub z własnym opiekunem. Pacjent korzystający z noclegu bez opiekuna powinien być samodzielny w czynnościach codziennych i nie wymagać pomocy ani nadzoru poza zajęciami terapeutycznymi, także w nocy. W przypadku pobytu z opiekunem poza zajęciami terapeutycznymi opiekun zapewnia pomoc adekwatną do potrzeb pacjenta, w szczególności w higienie, ubieraniu, posiłkach, przemieszczaniu i korzystaniu z toalety. Konieczność stałego nadzoru medycznego lub specjalistycznych czynności pielęgniarskich wymaga indywidualnej oceny możliwości udziału.

1. DANE PACJENTA I PLANOWANY POBYT

Imię i nazwisko:

PESEL / data urodzenia (gdy brak PESEL):

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: E-mail:

Masa ciała: kg Wzrost: cm Język komunikacji:

Forma udziału: ☐ z opiekunem ☐ bez opiekuna

Preferowany termin i długość pobytu:

WSTĘPNY FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

Rehabilitacja dzienna z noclegiem

2. STAN ZDROWIA I DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Rozpoznanie główne; data zachorowania / urazu / operacji:

Choroby współistniejące, przebyte operacje i hospitalizacje (z datami):

Data ostatniego wypisu ze szpitala; istotne zalecenia i ograniczenia:

Czy występują poniższe problemy? Zaznacz i dopisz szczegóły (np. stronę ciała).

Niedowład / porażenie: ☐ nie ☐ tak; kończyny / strona:

Zaburzenia równowagi / upadki: ☐ nie ☐ tak Zaburzenia mowy: ☐ nie ☐ tak

Zaburzenia połykania: ☐ nie ☐ tak Zaburzenia pamięci / orientacji: ☐ nie ☐ tak

Zaburzenia psychiczne / zachowania: ☐ nie ☐ tak; opis:

Cewnik moczowy: ☐ nie ☐ tak PEG: ☐ nie ☐ tak Tracheostomia: ☐ nie ☐ tak

Odleżyny / rany: ☐ nie ☐ tak; lokalizacja i pielęgnacja:

Inne ważne informacje (np. napady padaczkowe, tlenoterapia, infekcje, alergie):

WSTĘPNY FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

Rehabilitacja dzienna z noclegiem

3. SAMODZIELNOŚĆ I OPIEKUN

Poruszanie: ☐ samodzielnie ☐ laska / kule ☐ balkonik ☐ wózek ☐ pacjent leżący

Przesiadanie łóżko-wózek: ☐ samodzielnie ☐ pomoc 1 osoby ☐ pomoc 2 osób

Pomoc w czynnościach: ☐ higiena ☐ ubieranie ☐ toaleta ☐ posiłki ☐ leki ☐ inne

Zakres pomocy, potrzeby w nocy, sprzęt pomocniczy i czynności pielęgnacyjne:

Czy pacjent wymaga stałego nadzoru medycznego / pielęgniarzkiego? ☐ nie ☐ tak

Jeśli tak — jakiego i jak często?

Imię i nazwisko opiekuna; telefon (wypełnij przy pobycie z opiekunem):

Opiekun jest dostępny przez cały pobyt, również w nocy: ☐ tak ☐ nie dotyczy

Opiekun potrafi zapewnić pomoc w opisanym zakresie: ☐ tak ☐ nie ☐ do omówienia

4. DOKUMENTACJA I OŚWIADCZENIA

Dołącz aktualną dokumentację: wypisy ze szpitala, rozpoznania, zalecenia i istotne wyniki badań. Na pobyt zabierz przyjmowane leki w ilości wystarczającej na cały okres oraz własny sprzęt pomocniczy. Sposób przyjmowania leków pozostaje zgodny z zaleceniami lekarza.

☐ Potwierdzam zgodność podanych informacji ze znanym mi stanem zdrowia pacjenta. Zobowiązuję się poinformować placówkę o zmianach przed rozpoczęciem rehabilitacji.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że placówka nie zapewnia opieki całodobowej, a nocleg jest możliwy samodzielnie lub z własnym opiekunem. Pobyt bez opiekuna wymaga samodzielności poza zajęciami, także w nocy. Jeśli pacjent wymaga pomocy, zapewnia ją własny opiekun. Rozumiem, że potrzeby przekraczające możliwości placówki mogą uniemożliwić przyjęcie.

Data: Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego:

Osoba wypełniająca i relacja z pacjentem:

5. WYPEŁNIA PLACÓWKA — WSTĘPNA OCENA

☐ kwalifikacja wstępna ☐ wymaga konsultacji / uzupełnienia ☐ brak możliwości przyjęcia

Warunki udziału / zakres pomocy opiekuna / uzasadnienie decyzji:

Data: Osoba kwalifikująca / podpis: