

IDENTYFIKATOR PRZEDSTAWICIELA

A

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

WNIOSEK

o skierowanie na rehabilitację w VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej)

klient Votum pacjent prywatny inny

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

IMIĘ NAZWISKO

ADRES ZAMELDOWANIA WNIOSKODAWCY

ULICA NR DOMU / NR MIESZK. KOD - MIEJSCOWOŚĆ

PESEL NIP - - - SERIA I NUMER DOWODU TEL. KONTAKTOWY

Zastępując małoletniego/ubezważnionolnionego całkowicie¹⁾*

IMIĘ NAZWISKO

ULICA NR DOMU / NR MIESZK. KOD - MIEJSCOWOŚĆ

DATA WYPADKU

Przeprowadzono rehabilitację TAK NIE Finansowaną przez NFZ prywatnie

*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na rehabilitację do VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) z siedzibą w Krakowie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu świadczenia usług rehabilitacyjnych przez VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) z siedzibą w Krakowie.

Stosownie do przepisów ustawy o ochronie danych osobowych Wnioskodawca potwierdza otrzymanie informacji, że:

- administratorem danych osobowych jest VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) z siedzibą w Krakowie 30-723, przy ul. Golikówka 6, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Krakowa Śródmieście XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000290430
- dane zbierane są w związku z usługami świadczonymi przez VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) i mogą być wykorzystywane do celów związanych z jego działalnością,
- Wnioskodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych,
- podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o skierowanie na rehabilitację, oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku w celu jego rozpatrzenia oraz w celach marketingowych przez administratora danych VOTUM-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) z siedzibą w Krakowie 30-723, przy ul. Golikówka 6.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA _____

PODPIS WNIOSKODAWCY _____

WYPEŁNIA LEKARZ

Rozpoznanie

Skóra

Obrzęki TAK NIE Sinica TAK NIE

Zakażenia TAK NIE Lokalizacja

Obecność odleżyn TAK NIE Okolica Stopień

Blizny TAK NIE Okolica zagojone

per primam

per secundam

Układ krążenia

Ciśnienie tętnicze krwi mmHg

Czynność serca miarowa niemiaraowa ok. /min

Układ oddechowy

wydolny niewydolny

1) W przypadku, gdy poszkodowanym jest osoba nie posiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych, tj. gdy poszkodowanym jest małoletni/ubezważnionolniony całkowicie, umowę podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny poszkodowanego. Wypełnić jedynie w razie zaistnienia powyższych okoliczności.

Układ pokarmowy

Sonda do żołądka TAK NIE Stomia TAK NIE

Układ moczowy

Cewnik do pęcherza moczowego TAK NIE

Układ nerwowy

Narządy zmysłów

Kontrola zwieraczy

Układ ruchu

Obrzęki stawów TAK NIE

Ruchomość czynna i bierna stawów: odchylenia

Aktualne leczenie

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA LUB LEKARZ (jeśli wnioskodawca nie ma fizjoterapeuty)

Lokomocja pacjenta

Chód z pomocą samodzielnie
 Porusza się na wózku z pomocą samodzielnie
 Leży

Korzystanie z toalety i utrzymanie higieny osobistej

samodzielny potrzebuje pomocy zależny

Spożywanie posiłków i korzystanie z urządzeń kuchennych

samodzielny potrzebuje pomocy zależny

Mowa i porozumiewanie się

bez zaburzeń zaburzenia jakie?

Występujące napięcie mięśniowe			
podwyższone	<input type="checkbox"/> sztywność	<input type="checkbox"/> spastyka	gdzie? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> normalne			gdzie? <input type="text"/>
obniżone	<input type="checkbox"/> wiotkie	<input type="checkbox"/> brak wg EMG	gdzie? <input type="text"/>
Przykurcze mięśniowe			
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> występują	gdzie?	<input type="text"/>
Czucie głębokie			
<input type="checkbox"/> normalne	<input type="checkbox"/> zaburzone	gdzie?	<input type="text"/>
Czucie powierzchowne			
<input type="checkbox"/> normalne	<input type="checkbox"/> zaburzone	gdzie?	<input type="text"/>
Motywacja do rehabilitacji			
<input type="checkbox"/> jest	<input type="checkbox"/> brak		

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 PIECZĄTKA I PODPIS FIZJOTERAPEUTY

WYPEŁNIA PACJENT	
Czy jest Pan/Pani samodzielny/-a w życiu codziennym? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jeśli nie, to w jakich okolicznościach potrzebuje Pan/Pani pomocy?	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Czy jest w stanie Pan/Pani samodzielnie:	
• przygotowywać sobie posiłki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• jeść	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• ubierać się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• dokonywać toalety porannej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• kąpać się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• przesiadać się z łóżka na krzesło	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• wstać z krzesła	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• chodzić po schodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy porusza się Pan/Pani samodzielnie? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy porusza się Pan/Pani z pomocą drugiej osoby lub zaopatrzenia ortopedycznego? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy porusza się Pan/Pani samodzielnie:	
• tylko po mieszkaniu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• czy wychodzi Pan/Pani na zakupy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
• czy chodzi Pan/Pani na spacer? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	jeśli tak, to na jaką odległość <input type="text"/>

Zostałem poinformowany, iż Votum-RehaPlus S.A. (NZOZ Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej) nie posiada 24 godzinnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

 PODPIS PACJENTA LUB OSOBY UPRAWNIONEJ