



**WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI
IM. DR E. WARMIŃSKIEGO
85-826 BYDGOSZCZ , UL. SZPITALNA 19
tel. (52) 37 09 400 fax. 052-3709315
ODDZIAŁ REHABILITACJI
Kod resortowy: 430
FORMULARZ KWALIFIKUJĄCY DO PRZYJĘCIA**

Bydgoszcz, dnia

Imię i Nazwisko:

Adres:

PESEL:

Imię i Nazwisko, telefon opiekuna pacjenta:

Nazwa jednostki kierującej:

Rozpoznanie zasadnicze:

Data zachorowania:

Choroby współistniejące:

Choroba nowotworowa – obecnie i/lub w wywiadzie:

Stan funkcjonalny przed udarem:

Stan funkcjonalny obecnie:

Skala Barthel ADL:

Zaburzenia mowy:

Zaburzenia psychiatryczne:

Możliwość współpracy z chorym i spełnianie poleceń:

Wydolność serca (EF i NYHA):

Infekcje:

Odleżyny, zmiany skórne:

Cewnik do pęcherza moczowego, zgłębnik nosowo-żołądkowy, PEG, rurka tracheostomijna:

Skala MMSE:

Miejsce ewentualnego wypisu i opieki po hospitalizacji:

Wszczęć procedury umieszczenia chorego w zakładzie opiekuńczym:

Leki przyjmowane w trakcie hospitalizacji:

Termin planowanego wypisu:

Wstępna zgoda na leczenie w oddziale rehabilitacji:

Podpis lekarza prowadzącego