

WNIOSEK
O PRZYJĘCIE OSOBY DOROSŁEJ DO OŚRODKA

NR EWIDENCJI CHOREGO/...../...../.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA.....

ADRES.....

.....

.....

ROZPOZNANIE.....

.....

.....

.....

TERMIN TURNUSU.....

NUMER I RODZAJ POKOJU.....

PCPR.....

PODPIS KIEROWNIKA

.....
.....

DATA.....

Uwaga: pierwszą stronę wypełnia administracja Ośrodka, pozostałe lekarz kierujący

Proszę o przyjęcie uczestnika turnusu z opiekunem do Ośrodka Opiekuńczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży Caritas Diecezji Tarnowskiej w Jadownikach Mokrych

1. Nazwisko i imię chorego.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Dokładny adres chorego.....

4. Nazwisko i imię, adres, telefon opiekunów:

.....

.....

.....

5. Rozpoznanie.....

.....

.....

.....

- Czy występują niedowład, porażenia, jeżeli **TAK** to podać rodzaj, stopień i lokalizację:.....

.....

.....

.....

.....

- Czy występują zaburzenia psychiczne, jeżeli **TAK** to podać rodzaj i stopień:

.....

.....

.....

.....

6. Wywiad rodzinny chorego

.....

.....

.....

.....

.....

7. Dotychczasowe leczenie choroby podstawowej – w tym leczenie operacyjne (rok, typ zabiegu).....

.....

.....

.....

8. Choroby współistniejące.....

-
- Czy występuje padaczka (typ i częstotliwość napadów).....
-

9. Przebyte choroby zakaźne (rok).....

10. Obecnie stosowane leki

11. Czy wystąpiły uczulenia na leki

12. Szczepienia ochronne (data):

BCG.....Błonnica.....

Ospa.....Heine – Medina.....Dury.....

Inne.....

13.Czy stosowano surowice(data, reakcja).....

14.Stan przedmiotowy w dniu badania.....

15.Czy chory chodzi TAK/NIE przy pomocy kul (balkonika, laski);

- posiada zaopatrzenie ortopedyczne TAK/NIE
jakie?.....
- samodzielnie siedzi TAK/NIE;
- korzysta z wózka inwalidzkiego TAK/NIE
- trzyma samodzielnie głowę TAK/NIE
- kontroluje trzymanie moczu TAK/NIE, stolca TAK/NIE;
- samodzielnie się ubiera TAK/NIE;
- samodzielnie się myje TAK/NIE.

16. Czy chory mówi TAK/NIE

17. Pobyt w Zakładach Rehabilitacyjnych i Sanatoriach.....

.....
.....
.....

18. Czy były regularnie prowadzone zajęcia z hipoterapii TAK/NIE;

- zajęcia na basenie TAK/NIE.*

19. Kto będzie opiekunem podczas trwania turnusu rehabilitacyjnego: matka, ojciec, inna osoba (podać dane personalne)*.....

.....
.....

Data.....

.....

Podpis lekarza kierującego

* niepotrzebne skreślić

Uwaga! Prosimy czytelne i kompletne wypełnienie wniosku