

**WNIOSEK**  
**O PRZYJĘCIE DZIECKA 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 dziecka z opiekunem do Ośrodka Opiekuńczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży Caritas Diecezji Tarnowskiej w Jadownikach Mokrych**

1. Nazwisko i imię dziecka.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Dokładny adres dziecka.....

4. Nazwisko i imię, adres, telefon rodziców lub opiekunów:

5. Uczeń szkoły.....

6. Rozpoznanie.....

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

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

7. Wywiad rodzinny chorego.....

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

9. Choroby współistniejące.....

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

10. Przebyte choroby zakaźne (rok).....

11. Obecnie stosowane leki .....

12. Czy wystąpiły uczulenia na leki .....

13. Szczepienia ochronne ( data):

BCG.....Błonnica.....

Ospa.....Heine – Medina.....Dury.....

Inne.....

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

15.Stan przedmiotowy w dniu badania.....

16.Czy dziecko 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.

17. Czy dziecko mówi TAK/NIE

18. Czy występuje u dziecka dysplazja bioder TAK/NIE

- skolioza TAK/NIE stopień skrzywienia.....

19. Pobyt w Zakładach Rehabilitacyjnych i Sanatoriach.....

20. Czy dziecko boi się zwierząt TAK/NIE;

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

- zajęcia na basenie TAK/NIE.\*

20. 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***