

□□□□-□□-□□

Wywiad kwalifikacyjny do oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

□□□□-□□-□□

PESEL:

□□□□□□□□□□□□

Adres zamieszkania:

Z kim chory/chora mieszka i kto obejmie opieką po zakończeniu hospitalizacji:

Telefon kontaktowy:

□□□□□□□□□□

Masa ciała:

□□□ kg

Wzrost:

□□□ cm

Schorzenie podstawowe - data zachorowania / urazu / operacji:

Schorzenia dodatkowe oraz choroby i operacje przebyte (daty operacji lub zakończenia leczenia):

Zaburzenia psychiczne w tym otępienie: nie tak, proszę opisać:

Cewnik moczowy? nie tak, kiedy założony (wymieniany) □□□□-□□-□□

Karmienie przez PEG? nie tak, kiedy założony □□□□-□□-□□

Odleżyny? nie tak, lokalizacja

Trecheostomia? nie tak, kiedy założona □□□□-□□-□□

Niedowład / porażenie kończyn górnych: nie tak, prawa strona tak, lewa strona

Niedowład / porażenie kończyn dolnych: nie tak, prawa strona tak, lewa strona

Zaburzenia równowagi: nie tak

Zaburzenia mowy: nie tak

Sposób poruszania się: sam laska/kula trójnóg/czworonóg wózek leżący

Stopień samodzielności: w pełni w obrębie pokoju w obrębie budynku

Pomoc opiekuna: tak, wymagana nie, nie ma potrzeby

Jeśli wymagana to w jakim zakresie (w jakich czynnościach / jaki rodzaj pomocy):

Lista przyjmowanych obecnie leków:

LP	NAZWA LEKU	DAWKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Pełna dokumentacja medyczna (karty informacyjne) tak nie

Ostatnie wyniki badań laboratoryjnych (badanie ogólne moczu, morfologia krwi, CRP) tak nie

Badanie przesiewowe w kierunku bakterii wytrazających karbapenemazy typu: KPC, MBL, OXA-48 tak nie

Preferowany termin przyjazdu (miesiąc / rok): -

Preferowany termin przyjazdu (miesiąc / rok):

Oczekiwania co do rehabilitacji:

Język w jakim komunikuje się pacjent:

Uwagi:

.....

.....

Zaświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą

Zgodnie z Art. 13 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: SED E. NOWACKA, D. WRÓBLEWSKA SP.J. z siedzibą w Warszawie ul. Fieldorfa 18, tel: 22 243 26 88. Inspektorem ochrony danych jest: Danuta Piwnicka, adres e-mail: iod@reh-medica.pl

Celem przetwarzania danych jest:

- Świadczenie usług medycznych, leczenie pacjentów i zarządzania udzielaniem usług medycznych.

Podstawy prawne przetwarzania: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.; Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.

- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r., Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r.;

Zebrane dane będą przechowywane w terminie zgodnym z obowiązującymi przepisami: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, wniesienia skargi do PUODO, w przypadku naruszenia przepisów dotyczących

ochrony danych osobowych.

Informujemy, że: Przetwarzane dane osobowe nie są i nie będą udostępniane innym podmiotom poza przypadkami, gdy obowiązek taki wynika z powszechnie

obowiązujących przepisów prawa. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych

osobowych będzie nie udzielenie świadczenia/odmowa wykonania usługi.

.....

Podpis pacjenta / opiekuna