

Ankieta kwalifikacyjna dla pacjentów skierowanych na pobyt rehabilitacyjny po COVID-19.

1. Nazwisko i imię
2. Data urodzenia i nr PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Telefon kontaktowy
5. Adres e-mail
6. Masa ciała kg Wzrost cm Czynny(a) zawodowo ☐ TAK ☐ NIE
7. Data zachorowania COVID (dodatni test) będąca podstawą skierowania (DD-MM-RRRR)
8. Data zakończenia leczenia:
 - a) data zakończenia izolacji domowej
 - b) data wypisu ze szpitala
 - c) data wypisu z izolatorium
9. Czy pacjent korzystał z rehabilitacji po Covid-19 w ramach NFZ w przeszłości ☐ TAK ☐ NIE
10. Data hospitalizacji (jeśli była w ostatnim roku).....
11. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj, data)
.....
12. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem sprawności ruchowej i wydolności oddechowo-krążeniowej:
.....
13. Posiadane zaopatrzenie:

• Kule ☐ TAK ☐ NIE

• Balkonik ☐ TAK ☐ NIE

• Wózek inwalidzki ☐ TAK ☐ NIE

• Koncentrator tlenu ☐ TAK ☐ NIE

• Inne ☐ TAK ☐ NIE (jakie)
14. Schorzenia współistniejące:
 - a. Niewydolność serca ☐ TAK ☐ NIE EF%
 - b. Migotanie przedsionków ☐ TAK ☐ NIE Antykoagulacja (preparat)
 - c. Cukrzyca ☐ TAK ☐ NIE Insulina ☐ TAK ☐ NIE
 - d. Niewydolność oddechowa ☐ TAK ☐ NIE Saturacja %
 - e. Inne (jakie)

15. Ocena sprawności (zaznaczyć)

- a. Samodzielne korzystanie z łazienki, ubieranie i rozbieranie ☐ TAK ☐ NIE
- b. Samodzielne spożywanie posiłków, przyjmowanie leków ☐ TAK ☐ NIE
- c. Samodzielne poruszanie się w obrębie pokoju ☐ TAK ☐ NIE
- d. Samodzielne poruszanie się w obrębie budynku 150 – 200m ☐ TAK ☐ NIE
- e. Kontrolowanie oddawania moczu i stolca ☐ TAK ☐ NIE
- f. Cewnik ☐ TAK ☐ NIE Pampers ☐ TAK ☐ NIE
- g. Konieczność korzystania z koncentratora, tlenoterapii ☐ TAK ☐ NIE
- h. Zrozumienie i wykonywanie zaleceń ☐ TAK ☐ NIE

16. Aktualna czynna choroba zakaźna lub nosicielstwo bakterii wymagające izolacji ☐ TAK ☐ NIE

17. Czy posiada Pan/Pani badania diagnostyczne wymagane do kwalifikacji i przyjęcia:

- Aktualna morfologia, CRP

☐ TAK ☐ NIE

- RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby

☐ TAK ☐ NIE

- Aktualne badanie EKG

☐ TAK ☐ NIE

- Inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia

☐ TAK ☐ NIE

- Przy dominującym problemie kardiologicznym badanie echokardiograficzne serca wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby

☐ TAK ☐ NIE

18. Czy posiada Pan/Pani status:

a) osoby zaszczepionej pełnym cyklem szczepień przeciw Covid-19 ☐ TAK ☐ NIE

Data ostatniego szczepienia

b) ozdowieńca ☐ TAK ☐ NIE Data obowiązywania statusu

Na pobyt prosimy zabrać ze sobą: aktualną dokumentację medyczną oraz przyjmowane na stałe leki.

Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów szpitalnych z ostatnich 12 miesięcy a także leków przyjmowanych przewlekłe wraz z rozpisany dawkowaniem. W razie braku leków pacjenta mogą zostać zlecone zamienniki, alternatywnie w przypadku ich braku, może zostać zmienione leczenie. W przypadku braku możliwości zapewnienia ciągłości leczenia niezbędnymi dla zdrowia pacjenta preparatami, dopuszcza się możliwość zakończenia pobytu.

Powyższa ankieta służy wstępnemu uzyskaniu informacji na temat ewentualnej możliwości prowadzenia rehabilitacji po przebyty COVID-19 dla osoby zainteresowanej oraz pobytu w Sanatorium Uzdrowskim Leśnik-Drzewiarz. Ostateczna decyzja i kwalifikacja co do możliwości prowadzenia ww. rehabilitacji zostaje podjęta po otrzymaniu poprawnie wystawionego skierowania, kompletu dokumentacji (skany) oraz ankiety.

W przypadku podania w ankiecie nieprawdziwych danych lub celowego pominięcia istotnych faktów, należy liczyć się z odmową przyjęcia do ośrodka lub poniesieniem kosztów ewentualnego leczenia.

Potwierdzam, że dane zawarte w powyższej ankiecie są zgodne z prawdą. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich podanych powyżej danych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, przez administratora tych danych czyli Sanatorium Uzdrowskawe Leśnik-Drzewiarz, w celu realizacji usług związanych z rehabilitacją po przebyty COVID-19.

Jestem świadoma(y), że podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do realizacji procesu rehabilitacji. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych i ich poprawiania.

Zobowiązuję się powiadomić Sanatorium „Leśnik-Drzewiarz” niezwłocznie w momencie gdy dane zawarte w ankiecie ulegną zmianie.

.....
Data, Podpis pacjenta