



Pieczęć Instytucji Kierującej

.....  
Miejscowość, data

## **Skierowanie na rehabilitację stacjonarną po przebytej chorobie COVID-19 – umowa NFZ**

1. Nazwisko i imię .....

2. Data urodzenia/numer PESEL .....

3. Miejsce zamieszkania .....

4. Telefon .....

5. e-mail .....

6. Czynnny zawodowo TAK/NIE\* L4 od ..... do .....

7. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację:

ICD-10 U 07.1 TAK/ NIE \*

data zakończenia leczenia ostrej fazy (dołączona karta informacyjna pobytu szpitalnego jeśli pacjent był hospitalizowany)

.....  
8. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem sprawności ruchowej i wydolności oddechowo-krążeniowej:

.....  
9. Posiadane zaopatrzenie

• Kule TAK/NIE\* • Balkonik TAK/NIE\* • Wózek inwalidzki TAK/NIE\*

• Koncentrator tlenu TAK/NIE\* • Inne TAK/NIE\* .....

10. Badania diagnostyczne bezwzględnie wymagane do kwalifikacji i przyjęcia (dołączone do skierowania)

• Aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy)

• RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19

• EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

\*niepotrzebne skreślić

\*druk wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

**Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej, zażywanych leków.**

Kontakt pod numerami: **32/449 20 31** w godzinach **7.30-15.00** lub pod adresem

**rehabilitacja.covid@gozdroj.pl**.



.....  
miejscowość i data

**Formularz ankiety dla pacjentów kwalifikowanych na pobyt rehabilitacyjny po COVID-19.**

1. Nazwisko i imię .....

2. Data urodzenia i nr PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Telefon kontaktowy .....

5. Masa ciała ..... kg 6. Wzrost ..... cm 7. Czynny(a) zawodowo  TAK  NIE

8. Data zachorowania COVID (dodatni test) będąca podstawą skierowania (miesiąc, rok) .....

9. Data hospitalizacji (jeśli była w ostatnim roku)

.....  
10. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj, data)

.....  
11. 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)

.....  
12. 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. Zaopatrzenie ortopedyczne  TAK  NIE Jakież? .....

h. Konieczność korzystania z koncentratora, tlenoterapii  TAK  NIE

i. Zrozumienie i wykonywanie zaleceń  TAK  NIE



13. Aktualna czynna choroba zakaźna lub nosicielstwo bakterii wymagające izolacji  TAK  NIE  
14. Badania diagnostyczne wymagane do kwalifikacji i przyjęcia (dołączone do skierowania)

**Aktualna morfologia, OB, CRP**

**RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.**

**EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.**

Jeśli dodatkowo było wykonywane badanie TK klatki piersiowej prosimy o załączenie wyniku.

Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów szpitalnych z ostatnich 12 miesięcy a także leków przyjmowanych przewlekle wraz z rozpisaniem 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 przebytych COVID-19 dla osoby zainteresowanej oraz pobytu w „Uzdrowisku Goczałkowice-Zdrój”. Ostateczna decyzja i kwalifikacja co do możliwości prowadzenia ww. rehabilitacji zostaje podjęta przy przyjęciu, po przeprowadzeniu wywiadu i badania lekarskiego. W przypadku podania w ankiecie nieprawdziwych danych lub celowego pominięcia istotnych faktów, należy liczyć się z odmową przyjęcia do ośrodka.

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 Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o., w celu realizacji usług związanych z rehabilitacją po przebytych 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.

.....  
**Podpis**

**Wypełnia Lekarz Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.**

Zgoda  Odmowa

**Uzasadnienie**.....  
.....  
.....  
.....