

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. Czynny 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)

-
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 oraz listy przyjmowanych leków. Kontakt pod numerami: 77 43 44 023 lub 77 43 44 015 w godz. 7.00 – 14.30

.....
miejsowość 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. Czynnny(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 przewlekłe 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 Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o. 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 Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie 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 Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o

Zgoda

Odmowa

Uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....
.....