

**Ankieta dla pacjentów kwalifikowanych na rehabilitację
w warunkach sanatoryjnych po przebytych COVID-19
refundowanym przez NFZ – wstępna kwalifikacja.**

1. Nazwisko, imię:
2. Data urodzenia (Rok-Miesiąc-Dzień):
3. PESEL:
4. Adres zamieszkania:
5. Telefon kontaktowy:
6. Masa ciała:kg
7. Wzrost: cm
8. Czynny(a) zawodowo TAK NIE
9. Data dodatniego testu PCR (Rok-Miesiąc-Dzień)
10. Data hospitalizacji z powodu Covid-19 (jeśli była w ostatnim roku)
11. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku)
Data: Rodzaj:
Data: Rodzaj:
Data: Rodzaj:
12. Schorzenia współistniejące
a. Niewydolność serca TAK NIE

b. Migotanie przedsionków TAK NIE
c. Cukrzyca TAK NIE
d. Insulina TAK NIE
e. Niewydolność oddechowa Saturacja: % TAK NIE
f. Inne przewlekłe schorzenia (jakie)
.....
13. 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
g. Pampers TAK NIE
h. Zaopatrzenie ortopedyczne TAK NIE
Jakie?.....

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

W przypadku zakwalifikowania się na rehabilitację konieczne jest zaopatrzenie się w leki przyjmowane przewlekłe na czas pobytu

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....

Data, czytelny podpis

Oświadczam, że do tej pory nie korzystałem z rehabilitacji dla osób po przebytej chorobie COVID-19.

.....

Data, czytelny podpis

