



.....
pieczęta zakładu wystawiającego
wniosek

.....
data, miejscowość

Wniosek
na Oddział Rehabilitacji
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

PESEL -											
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nazwisko i imię..... 2. Data ur.....
3. Miejsce zam. Kod.....
4. Telefon..... 5. Kasa Chorych.....
6. Wykształcenie i zawód wykonywany.....
7. Czynny zawodowo tak/nie 8. Miejsce i charakter pracy.....
.....
9. Zwolnienie lekarskie od.....do..... Kod choroby wg. ICD 10.....
10. Grupa inwalidzka.....Nr. renty.....
11. Stan cywilny..... 12. Adres i telefon osoby opiekującej się chorym.....
.....
13. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji.....
.....
.....
14. Choroby współistniejące.....
.....

.....
15. Data zachorowania (wypadku), krótki przebieg leczenia z uwzględnieniem
dotychczasowej rehabilitacji.....

.....
.....
.....
.....
.....

16. Ocena wydolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR.....

.....
.....

17. Stopień samodzielności i samoobsługi:

- a) samodzielne mycie się (tak/nie), samodzielne jedzenie (tak/nie), samodzielne
ubieranie się (tak/nie) , trzymanie moczu (tak/nie), trzymanie stolca (tak/nie).
- b) Samodzielnie chodzi (tak/nie), po schodach (tak/nie), przy pomocy kul, balkonika ,
laski,

18. Posiadane – wykorzystywane zaopatrzenie ortopedyczne np. wózek.....

.....
19. Przebyte choroby zakaźne (np. WZW).....

.....
20. Pobierane aktualnie leki.....

.....
21. Uczulenia na leki, pokarmy, pyły.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza kierującego

**Termin przyjęcia zostanie ustalony przez ordynatora oddziału po przedstawieniu wniosku przez pacjenta
bądź opiekuna.**