

# Oddział Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Placówka w Dzierżążnie

83-332 Dzierżążno, ul. Szpitalna 36;  
tel. (058) 681-24-16, 681-07-86, E-mail: reh.dzieci@gcr.com.pl

.....  
pieczęć zakładu kierującego

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO SZPITALA REHABILITACYJNEGO

1. DANE PERSONALNE:.....

( imię i nazwisko )

Data urodzenia \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ PESEL pacjenta.....

Adres \_\_\_ - \_\_\_ - .....

Kod

miejsowość

ulica

telefon

Dane osoby kontaktowej (imię, nazwisko, adres, telefon, pesel)

2. ROZPOZNIANIE .....

3. KĄT SKRZYWIENIA wg COBBA .....

4. ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE (jakie i data ostatniego)

5. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE I PRZYJMOWANE LEKI (padaczka, astma i inne)

6. HYDROTERAPIA- pacjenci poruszający się na wózku ( badanie ogólne i posiew moczu ).

7. OCENA SPRAWNOŚCI PACJENTA

a. Poruszanie się

- chodzący  - chodzący przy pomocy  - na wózku  - leżący

( odleżyny )

b. Higiena osobista

- samodzielny  - wymaga pomocy  - całkowicie zależny

c. Jedzenie i picie

- samodzielny  - wymaga pomocy  - całkowicie zależny

d. Kontrola zwieraczy

- kontroluje  - nie kontroluje  - cewnikowany (nr cewnika)

**UWAGA !!** Wszystkie rubryki należy dokładnie i czytelnie wypełnić- brak niezbędnych danych spowoduje odrzucenie wniosku!

**Konieczne jest dołączenie kserokopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego!!!**

.....  
data wystawienia wniosku

.....  
pieczęćka i podpis lekarza kierującego