



Samodzielny Publiczny
Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy
ul. Ks. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz
tel. centrala 52 / 58-26-200, sekretariat 52 / 58-26-205, fax: 52 / 58-26-209



Bydgoszcz, dnia

Wniosek informacyjny
do przyjęcia na
Rehabilitację Neurologiczną

Imię i nazwisko :

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. kontaktowy do rodziny :

Nazwa oddziału i szpitala, w którym pacjent obecnie przebywa:

.....
.....

Rozpoznanie zasadnicze:

.....
.....

Choroby współistniejące:

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

Choroba nowotworowa – obecnie i/lub w wywiadzie rodzinnym:

.....
.....

Stan funkcjonalny przed zachorowaniem:

.....
.....

Stan funkcjonalny obecnie:

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

Zaburzenia psychiatryczne:

.....
.....

Możliwość współpracy z chorym i spełnianie poleceń:

.....
.....

Wydolność układu krążenia (EF i NYHA):

.....
.....

Infekcje dróg moczowych:

.....
.....

Infekcje dróg oddechowych:

.....
.....

Inne stany zapalne:

.....
.....

Odleżyny (stopień i okolica):

.....
.....

Gastrostomia

Tracheostomia

Cewnik Foley'a

Inne:

Miejsce wypisu i opieki po hospitalizacji:

.....
.....

leki przyjmowane przez chorego:

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

Kiedy ostatnio przebywał na oddziale rehabilitacji (rodzaj rehabilitacji):

.....
.....

Morfologia krwi (z ostatniego tygodnia)

.....

CRP (z ostatniego tygodnia)

.....

Podpis lekarza prowadzącego