



.....  
miejsowość i data

*Pieczęć Instytucji Kierującej*

## Skierowanie na rehabilitację onkologiczną

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia/numer PESEL .....
3. Miejsce zamieszkania, telefon, fax .....
4. Czynny zawodowo TAK/NIE\* .....
5. Rozpoznanie i Nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację.....  
.....
  - data leczenia operacyjnego .....
  - data zakończenia leczenia.....
6. Schorzenia współistniejące  
.....  
.....

\* *niepotrzebne skreślić*

\* *czytelnie wypełnić druk – drukowanymi literami*

TELEFON KONTAKTOWY - rehabilitacja onkologiczna: 33 472 67 22

e-mail: [ucrol@uzdrowisko-ustron.pl](mailto:ucrol@uzdrowisko-ustron.pl)

[www.uzdrowisko-ustron.pl](http://www.uzdrowisko-ustron.pl)



Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Ustroń” Spółka Akcyjna  
ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń, tel. 33 856 56 50, fax 33 854 38 25  
NIP: 548-007-78-72

Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy  
Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000121219  
Kapitał zakładowy 30 300 000,00 PLN wpłacony w całości  
[www.uzdrowisko-ustron.pl](http://www.uzdrowisko-ustron.pl), [www.hr-ustron.eu](http://www.hr-ustron.eu), [www.resortustron.com](http://www.resortustron.com)



## 7. Skala Barthel\*

Oddawanie stolca	0	nietrzymanie
	1	sporadyczne nietrzymanie
	2	kontrolowanie
Oddawanie moczu	0	nietrzymanie (cewnik)
	1	sporadyczne zaburzenia
	2	kontrolowany
Pielęgnacja (mycie, czesanie, golenie)	0	wymaga pomocy
	1	nie wymaga pomocy
Potrzeby fizjologiczne	0	zależny
	1	z pomocą
	3	załatwia samodzielnie
Karmienie	0	karmiony
	1	z pomocą
	2	samodzielnie
Przemieszczanie się (łóżko – krzesło)	0	niezdolny
	1	z dużą pomocą
	2	z niewielką pomocą
	3	niezależnie
Chodzenie	0	Niezdolny
	1	z pomocą wózka
	2	z pomocą osoby
	3	samodzielnie
Ubieranie się	0	niezdolny
	1	z pomocą
	2	samodzielnie
Chodzenie po schodach	0	niezdolny
	1	z pomocą
	2	samodzielnie
Kąpanie się	0	z pomocą
	1	samodzielnie

### UWAGA!!!

**Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej, zażywanych leków.**

.....  
podpis i pieczętka lekarza

