

Pieczęć Instytucji Kierującej

.....  
miejscowość i data

## Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową / neurologiczną / pulmonologiczną\*

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia/numer PESEL .....
3. Miejsce zamieszkania.....
4. telefon, ..... 5. e-mail.....
6. Czynny zawodowo TAK/NIE\* ..... L 4 od .....
7. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację.....
  - data wypadku .....
  - data hospitalizacji.....
  - data leczenia operacyjnego.....
8. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem wydolności wysiłkowej .....
9. Posiadane zaopatrzenie ortopedyczne
  - Kule TAK/NIE\*
  - Balkonik TAK/NIE\*
  - Wózek inwalidzki TAK/NIE\*
  - Inne TAK/NIE\*

\* niepotrzebne skreślić  
\* czytelnie wypełnić druk – drukowanymi literami

[kontakt pod numerem telefonu : 338545454 wewn. 1, rehabilitacja lecznicza wewn. 2](tel:338545454)

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

### 10. Skala Barthel\*

Oddawanie stolca	0	nieutrzymanie
	1	sporadyczne nieutrzymanie
	2	kontrolowanie
Oddawanie moczu	0	nieutrzymanie (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

### 11. Skala Lovett\*

0	Brak czynnego skurczu mięśnia
1	Ślad czynnego skurczu
2	Wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonywania ruchu przy pomocy badającego i przy obciążeniu odcinka ciała wprowadzonego w ruch przez dany mięsień
3	Zdolność wykonywania czynnego ruchu samodzielnie z pokonaniem ciężkości odpowiedniego odcinka ciała
4	Zdolność wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem
5	Prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem

\*właściwe skreślić

### UWAGA!!!

**Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej, zażywanych leków, koncentratora tlenu /w przypadku korzystania/.**

**PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA**

Wydanie V 2019-03-6



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)