

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową / neurologiczną *

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

10. 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

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 podkreślić

UWAGA!!!

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

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

Wydanie VI 2019-09-31



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, www.hr-ustron.eu, www.resortustron.com