

.....
miejsowość i data

Pieczęć instytucji Kierującej

Skierowanie na program*:

- REHABILITACJA ORTOPEDYCZNA**
- REHABILITACJA NEUROLOGICZNA**

WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia / numer PESEL.....
3. Miejsce zamieszkania, telefon.....
4. Czynny/a zawodowo:
 - TAK
 - NIE
5. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację.....
.....
6.
 - Data wypadku.....
 - Data hospitalizacji.....
 - Data leczenia operacyjnego.....
7. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem wydolności
wysiłkowej.....
.....



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.resortustron.com

8. Posiadane zaopatrzenie ortopedyczne:

- Kule TAK NIE
- Balkonik TAK NIE
- Wózek inwalidzki TAK NIE
- Inne

9. Dodatkowe informacje:

- Szwy TAK NIE
- Odleżyny TAK NIE
- Otwarte rany TAK NIE
- Inne

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 mięśnia
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

*proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat

TELEFON KONTAKTOWY: 33 / 854 54 54

UWAGA!!

Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej i zażywanych leków

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA



GRUPA
 American Heart of Poland



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.resortustron.com