

Pieczęć Instytucji Kierującej

.....  
Miejscowość, data

**Skierowanie na rehabilitację stacjonarną po przebytej chorobie  
COVID-19 – umowa NFZ**

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia/numer PESEL .....
3. Miejsce zamieszkania .....
4. Telefon .....
5. e-mail .....
6. Czynny zawodowo TAK/NIE\* L4 od ..... do .....
7. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację:

**wg ICD-10**

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

**data zakończenia leczenia ostrej fazy (dołączona karta informacyjna pobytu szpitalnego)**

.....

8. Schorzenia współistniejące **z uwzględnieniem sprawności ruchowej i wydolności oddechowo-krążeniowej:** .....
9. Posiadane zaopatrzenie
  - Kule TAK/NIE\*                      • Balkonik TAK/NIE\*                      • Wózek inwalidzki TAK/NIE\*
  - Koncentrator tlenu TAK/NIE\*      • Inne TAK/NIE\* .....
10. **Badania diagnostyczne bezwzględnie wymagane do kwalifikacji i przyjęcia (dołączone do skierowania)**
  - Aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy)
  - RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19
  - EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

\*niepotrzebne skreślić

\*druk wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



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.resortustron.com](http://www.resortustron.com)



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

Kontakt pod numerami: **33 856 58 28** lub **33 856 51 42** w godz. **7.00 – 15.00**

lub pod adresem: **wrc@uzdrowisko-ustron.pl**

.....  
miejsowość i data

### Formularz ankiety dla pacjentów kwalifikowanych na pobyt rehabilitacyjny po COVID-19.

1. Nazwisko i imię .....

2. Data urodzenia i nr PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Telefon kontaktowy .....

5. Masa ciała ..... kg    6. Wzrost ..... cm    7. Czynnny(a) zawodowo     TAK     NIE

8. Data zachorowania COVID (dodatni test) będąca podstawą skierowania (miesiąc, rok) .....

9. Data hospitalizacji (jeśli była w ostatnim roku)

.....

10. Przebyte operacje (jeśli były w ostatnim roku, rodzaj, data)

.....

11. Schorzenia współistniejące

a. Niewydolność serca     TAK  NIE    EF% .....

b. Migotanie przedsionków     TAK  NIE    Antykoagulacja (preparat) .....

c. Cukrzyca     TAK  NIE    Insulina     TAK  NIE

d. Niewydolność oddechowa  TAK  NIE    Saturacja % .....

e. Inne (jakie)

.....

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.resortustron.com](http://www.resortustron.com)



12. Ocena sprawności (zaznaczyć)

- a. Samodzielne korzystanie z łazienki, ubieranie i rozbieranie  TAK  NIE
- b. Samodzielne spożywanie posiłków, przyjmowanie leków  TAK  NIE
- c. Samodzielne poruszanie się w obrębie pokoju  TAK  NIE
- d. Samodzielne poruszanie się w obrębie budynku 150 – 200m  TAK  NIE
- e. Kontrolowanie oddawania moczu i stolca  TAK  NIE
- f. Cewnik  TAK  NIE Pampers  TAK  NIE
- g. Zaopatrzenie ortopedyczne  TAK  NIE Jakież? .....
- h. Konieczność korzystania z koncentratora, tlenoterapii  TAK  NIE
- i. Zrozumienie i wykonywanie zaleceń  TAK  NIE

13. Aktualna czynna choroba zakaźna lub nosicielstwo bakterii wymagające izolacji  TAK  NIE

14. Badania diagnostyczne wymagane do kwalifikacji i przyjęcia (dołączone do skierowania)

Aktualna morfologia, OB, CRP

RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.

EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.

Jeśli dodatkowo było wykonywane badanie TK klatki piersiowej prosimy o załączenie wyniku.

LISTA PRZYJMOWANYCH LEKÓW:

(nazwa leku, dawka, częstotliwość stosowania: rano, południe, wieczór, noc)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

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.resortustron.com](http://www.resortustron.com)



Wskazane jest posiadanie aktualnej dokumentacji medycznej w tym kart wypisowych z pobytów szpitalnych z ostatnich 12 miesięcy a także leków przyjmowanych przewlekłe wraz z rozpisany dawkowaniem. W razie braku leków pacjenta mogą zostać zlecone zamienniki, alternatywnie w przypadku ich braku, może zostać zmienione leczenie. W przypadku braku możliwości zapewnienia ciągłości leczenia niezbędnymi dla zdrowia pacjenta preparatami, dopuszcza się możliwość zakończenia pobytu.

Powyższa ankieta służy wstępnemu uzyskaniu informacji na temat ewentualnej możliwości prowadzenia rehabilitacji po przebyciu COVID-19 dla osoby zainteresowanej oraz pobytu w Uzdrowisku Ustroń. Ostateczna decyzja i kwalifikacja co do możliwości prowadzenia ww. rehabilitacji zostaje podjęta przy przyjęciu, po przeprowadzeniu wywiadu i badania lekarskiego. W przypadku podania w ankiecie nieprawdziwych danych lub celowego pominięcia istotnych faktów, należy liczyć się z odmową przyjęcia do ośrodka.

Potwierdzam, że dane zawarte w powyższej ankiecie są zgodne z prawdą. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich podanych powyżej danych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, przez administratora tych danych czyli Uzdrowisko Ustroń, w celu realizacji usług związanych z rehabilitacją po przebyciu COVID-19. Jestem świadoma(y), że podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do realizacji procesu rehabilitacji. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych i ich poprawiania.

.....  
**Podpis**

**Wypełnia Lekarz PU „USTROŃ” S.A.**

**Zgoda**

**Odmowa**

**Uzasadnienie**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Piecątka i podpis lekarza kwalifikującego



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.resortustron.com](http://www.resortustron.com)