ANKIETA KWALIFIKACYJNA PACJENTA

Niniejsza ankieta ma na celu określenie poziomu sprawności i samodzielności Pacjenta.
Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi przy każdym pytaniu.
W niektórych przypadkach możliwy jest wybór więcej niż jednej odpowiedzi.

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko: .....
PESEL: .....
Telefon kontaktowy: .....
Data wypełnienia ankiety: .....

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA:

(✓ zaznaczyć właściwą odpowiedź, jeśli dotyczy – uzupełnić)

1. Czy wymaga Pan(i) stałego pobytu opiekuna faktycznego (zaznaczyć odpowiedź w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności) ▫ TAK ▫ NIE

2. Komunikacja
   Czy rozumie Pan(i) komunikaty werbalne i potrafi samodzielnie wykonać polecenia oraz udzielać spójnych odpowiedzi? ▫ TAK ▫ NIE

   Czy potrafi Pan(i) samodzielnie przemieszczać się po obiekcie, trafiając do wyznaczonego celu? ▫ TAK ▫ NIE

3. Samodzielność poruszania się:
   ▫ samodzielnie ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ przy pomocy kul ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ przy pomocy balkonika ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ na wózku inwalidzkim ▫ TAK ▫ NIE

4. Koordynacja ruchowa:
   ▫ samodzielna zmiana pozycji ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ przesiadanie z łóżka na krzesło ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ wstawanie i siadanie bez utraty równowagi ▫ TAK ▫ NIE

5. Higiena osobista:
   ▫ samodzielne ubieranie się ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ kąpiel przy pomocy opiekuna ▫ TAK ▫ NIE

6. Jedzenie i picie:
   ▫ samodzielnie ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ z pomocą przy korzystaniu ze sztućców ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ całkowicie zależny ▫ TAK ▫ NIE

7. Układ krążeniowo-oddechowy:
   ▫ chód na dystansie ≥100 m bez przerwy ▫ TAK ▫ NIE
   ▫ wejście na 1 piętro bez duszności ▫ TAK ▫ NIE

8. Obecność zmian skórnych (proszę zaznaczyć):
   ▫ odleżyny
   ▫ niegojące się rany
   ▫ owrzodzenia
   ▫ łuszczyca
   ▫ niedokrwienność
   ▫ inne: .....

9. Czy kontroluje Pan(i) w pełni zwieracze? ▫ TAK ▫ NIE

10. Czy występują u Pana(i) zaburzenia mowy? ▫ TAK ▫ NIE

11. Czy pozostaje Pan(i) pod opieką Poradni Leczenia Uzależnień lub Poradni Zdrowia Psychicznego? ▫ TAK ▫ NIE
    Jeśli tak, proszę podać nazwę poradni: .....

12. Czy używa Pan(i) aparatu CPAP (bezdech senny)? ▫ TAK ▫ NIE

13. Zalecana długość pobytu (od 3 do 6 tygodni): . .....

14. Uwagi dotyczące terminu pobytu (np. planowane wizyty lekarskie, operacje, inne świadczenia wpływające na wybór zakresu dat pobytu):
    ....

15. Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia lub pobytu:
    ....

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

WAŻNA INFORMACJA

Nie ma możliwości indywidualnego wyznaczania terminu przyjazdu. Przyjęcia odbywają się zgodnie z kolejnością wynikającą z listy oczekujących NFZ. Wpisanie preferowanego terminu nie wpływa na decyzję o przyjęciu.