……………………………………….

Miejsce, data

Maltańskie Centrum Pomocy pw.bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” Oddział w Barczewie, 11-010 Barczewo ul. Niepodległości 9

el. 89 514 14 77

KARTA KWALIFIKACYJNA

DO CELÓW REHABILITACJI INTEGRACYJNEJ

* Nazwisko i imię……………………………………………………………………………………………
* Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………...
* Adres do korespondencji…………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………….......

4) Numer PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5) Telefon kontaktowy…………………………, adres e – mail……………………………………………….

6) Rozpoznanie choroby zasadniczej…………………………………………………………………………...

……………………………………………………………..............................................................................

………………………………………………………………………………………………………………..

7) Dotychczasowy przebieg rehabilitacji (data, miejsce rehabilitacji)………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

8) Data zachorowania, wypadku, operacji i - skrócony przebieg leczenia z

uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….................................

………………………………………………………………………………………….................................

………………………………………………………………………………………….................................

………………………………………………………………………………………….................................

9) Wywiad ogólny

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WSZCZEPIONY METAL (GDZIE?...........................................................................) | TAK | NIE |
| NADCIŚNIENIE TĘTNICZE |  |  |
| CHOR. NIEDOKRWIENNA SERCA |  |  |
| ZAWAŁ SERCA |  |  |
| NIEWYDOLNOŚĆ KRĄŻENIA |  |  |
| ST. PO OPERACJI SERCA |  |  |
| CHOROBY NEREK |  |  |
| CHOROBY REUMATYCZNE |  |  |
| CUKRZYCA / INSULINOOPORNOŚĆ |  |  |
| PADACZKA |  |  |
| UDAR MÓZGU |  |  |
| ZABURZENIA KRZEPNIĘCIA |  |  |
| WZW A/B/C |  |  |
| GRUŹLICA |  |  |
| ZAKRZEPOWE ZAPALENIE ŻYŁ |  |  |
| CHOROBY TARCZYCY |  |  |
| ASTMA |  |  |
| CHOROBY SKÓRY |  |  |
| OSTEOPOROZA |  |  |
| COVID19 |  |  |

10) Ocena stanu psychicznego:

a) Czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia: TAK / NIE

b) Czy przyjmuje obecnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne: TAK / NIE

jakie ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….................................

11) Odleżyny: TAK / NIE - umiejscowienie (opis) ………………………………….................................

……………………………………………………………………………………….................................

12) Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

a) samodzielne mycie się: TAK / NIE

b) samodzielne jedzenie: TAK / NIE

c) samodzielne siadanie na łóżku: TAK / NIE

d) samodzielne ubieranie się: TAK / NIE

e) samodzielne chodzenie po pokoju: TAK / NIE, korytarzu: TAK / NIE,

na schodach: TAK / NIE

f) zaopatrzenie ortopedyczne: TAK / NIE, jakie ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….................................

g) czy wymaga wózka inwalidzkiego: TAK / NIE,

czy posiada wózek: TAK / NIE

13) Inne choroby współistniejące, przebyte operacje, np.czynna choroba

nowotworowa:

……………………………………………………………………………………....................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

14) Aktualnie przyjmowane leki: …………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

15) Zalecenia lekarza kwalifikującego pacjenta:

a) wskazania: …………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

b) przeciwwskazania: …………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………..

Podpis i pieczątka lekarza

* Oświadczam, że udzieliłam (-em) prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję, że w/w dane są danymi poufnymi.

**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**....................................................................................................................................................................**

* W czasie pobytu w MCP pacjent powinien być w wygodnym stroju nie ograniczającym ruchów. W razie konieczności powinien być przygotowany na odsłonięcie części ciała w obrębie którego będą wykonywane zabiegi.
* Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam(-em) i zrozumiałam(-em), uzyskałam(-em) wszelkie wyjaśnienia dotyczące przeprowadzanych zabiegów terapeutycznych i konsekwencjach wynikających z zaniechania zaleconych zabiegów z ich samowolną modyfikacją włącznie.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty zabiegów nie są zagwarantowane oraz placówka nie ponosi odpowiedzialności za urazy powstałe z przyczyn niezależnych od Opiekuna MCP.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących zabiegów i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień.

**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**......................................................................................................................................................**

* Wyrażam świadomą zgodę na zlecone i skonsultowane zabiegi fizjoterapeutyczne w MCP i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania personelu o zmianach zdrowia.

**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**...................................................................................................................................................................**

5) Oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na udzielenie bezterminowej licencji na umieszczenie moich zdjęć na stronach internetowych związanych z działalnością Zakonu Maltańskiego,

wykonywanie reprodukcji zdjęć oraz ich ekspozycję w siedzibie Fundacji, powielanie zdjęć w

materiałach promocyjnych i edukacyjnych związanych z działalnością Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie POMOC MALTAŃSKA. TAK / NIE

…………………………...................

Pieczątka i podpis osoby przyjmującej formularz