**návrh na rehabilitačnú liečbu** 

|  |
| --- |
| Súhlas príslušnej zdravotnej poisťovne: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poznámky: | Dátum nástupu: | Oddelenie: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Priezvisko a meno poistenca: | | Číslo zdravotnej poisťovne: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: | Štátna príslušnosť | Rodinný stav |
| Bydlisko (presná adresa, pošta, PSČ, okres, číslo telefónu) | | | |
| Zamestnávateľ (plný názov, adresa) | | Zamestnanie: | |

|  |
| --- |
| Základná diagnóza, pre ktorú je indikovaná liečba: |
| Dátum vzniku ochorenia,/dátum úrazu: |
| Dátum a druh operácie: |
| Vedľajšie diagnózy a komplikácie: (napr. interné, chirurgické, kožné, psychiatrické, neurologické a iné, PEG a iné upozornenia) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Terajšie ochorenie – anamnéza: | | |
| Odborný nález podľa základnej diagnózy: lekár FBLR, traumatológ, neurochirurg, ortopéd, neurológ alebo iný odborný lekár)  K hospitalizácii je potrebné priniesť zdravotnú dokumentáciu vrátane RTG, CT, MR, kópiu operačného protokolu | | |
| Interné vyšetrenie a vyjadrenie k záťaži kardiovaskulárneho aparátu; u kardiologicky dispenzarizovaných pacientov vyjadrenie kardiológa k záťaži KVA.  **PRILOŽIŤ EKG ZÁZNAM**. | | |
| Dekubity: (rozsah, popis) 🞏 nie 🞏 áno | | |
| Schopná/ý fyzickej záťaže: 🞏 nie 🞏 áno 🞏 imobilný 🞏 mobilný 🞏 mobilný s dopomocou  🞏 kompenzačné pomôcky vytrvalosť chôdze v m ........... | | |
| Čo očakávate od rehabilitačnej liečby? 🞏 zlepšenie sebestačnosti a sebaobsluhy  🞏 zlepšenie lokomócie  🞏 návrat do zamestnania | | |
| Kto prevezme pacienta po ukončení liečby? 🞏 rodina  🞏 sociálne zariadenia  🞏 iné (aké) | | |
| Návrh podaný dňa: | Číselný kód odborného lekára: | Pečiatka, podpis odborného lekára: |
| Kontaktná adresa pacienta (číslo telefónu): | | |
| **PROSÍME VYPÍSAŤ VŠETKY KOLÓNKY!** | | |