



ANKIETA PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu:

Niedowład:	Kończyny górnej prawej	Kończyny górnej lewej	
	Kończyny dolnej prawej	Kończyny dolnej lewej	
Poruszanie:	Chód samodzielny	Balkonik	Kule
	Wózek	Leżący	
Wymaga pomocy w:	Ubiór	Kąpiel	Toaleta
	Karmienie	Nie wymaga	
Żywienie dojelitowe:	TAK	NIE	
Cewnik:	TAK	NIE	
Odleżyny:	TAK	NIE	
Rany:	TAK	NIE	
Padaczka:	TAK	NIE	
Zaburzenia snu:	TAK	NIE	
Kontakt logiczny:	TAK	NIE	
*Patogeny alarmowe:	TAK	NIE	

Jeśli TAK to jakie:

RSA	VRE	ESBL	KPC	NDM
MBL	OXA48	CPE	INNE:	

!! *Wypełnić także w przypadku wystąpienia patogenu podczas wcześniejszych hospitalizacji.

Czy Pacjent posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:

TAK NIE

Czy Pacjent posiada choroby współistniejące:

TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Prosimy o odesłanie karty na adres e-mail: rezerwacje@rehabilitacjamsw.pl ,

Doręczenie osobiście lub odesłanie pocztą tradycyjną na adres:

**SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie
Górzno 63
64-120 Krzemieniewo**

Pole na uwagi pacjenta: