



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.

Prosimy o odesłanie karty na adres e-mail: rezerwacje@rehabilitacjamsw.pl ,
Doręczenie osobiste lub odesłanie pocztą tradycyjną na adres:

SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie

Górzno 63

64-120 Krzemieniewo

Pole na uwagi pacjenta: