

ZOZ SZPITAL REHABILITACYJNY MSWIA w GÓRZNIE

Ankieta dla pacjenta

(proszę o wypełnienie i dołączenie do skierowania do szpitala.)

Imię i nazwisko:..... **wiek:**.....

1. Schorzenie (choroba), z powodu którego Pan(i) chce skorzystać z leczenia rehabilitacyjnego.....
.....

2. Choroby towarzyszące:

- | | | |
|--|-------|-------|
| a) nadciśnienie tętnicze | - Tak | - Nie |
| b) serca: | | |
| - wada serca, | - Tak | - Nie |
| - zawał serca, | - Tak | - Nie |
| - zaburzenia rytmu | - Tak | - Nie |
| c) cukrzyca | - Tak | - Nie |
| d) udar mózgu | - Tak | - Nie |
| e) padaczka | - Tak | - Nie |
| f) choroby naczyń (żylaki, miażdżycyca) | - Tak | - Nie |
| g) choroby psychiczne (depresje, nerwice) | - Tak | - Nie |
| h) choroby nowotworowe | - Tak | - Nie |
| i) astma oskrzelowa | - Tak | - Nie |
| j) POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc) | - Tak | - Nie |

3. Jak i kiedy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne?.....
.....

4. Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

- a) **toalecie:** - samodzielny, - pomoc w niewielkim stopniu, - niesamodzielny
- b) **ubieraniu:** - samodzielny, - pomoc w niewielkim stopniu, - niesamodzielny
- c) **spożywaniu posiłków:** - samodzielny, - pomoc w niewielkim stopniu, - niesamodzielny

5. Poruszanie się:

- a) samodzielnie
- b) za pomocą sprzętu ortopedycznego: - kule, - balkonik, - wózek
- c) z pomocą 1 lub 2 osób

6. Wchodzenie i schodzenie po schodach:

- a) potrzebuje pomocy i asekuracji, b) samodzielnie

7. Kontrolowanie stolca i moczu:

- a) nie panuje nad oddawaniem moczu lub stolca
- b) sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu lub stolca
- c) kontroluje

8. Przemieszcza się (z łóżka na krzesło i z powrotem)

- a) nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi
- b) większa pomoc (1 lub 2 osoby)
- c) mniejsza pomoc (słowna, asekuracja)
- d) samodzielnie

* podkreślić właściwe