

.....  
pieczęć zakładu kierującego

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI  
KARDIOLOGICZNEJ**

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Oddział Chorób Wewnętrznych,  
Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej.  
84-300 Lębork ul. Węgrzynowicza 13 tel: 598635-222; fax: 598635-308

**1. DANE PERSONALNE:** .....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ PESEL pacjenta .....

Adres: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ .....  
Kod miejscowość ulica telefon kontaktowy

Dane osoby kontaktowej (imię, nazwisko, adres, telefon ) .....  
.....

Aktualnie: czynny zawodowo , rencista , emeryt

Sytuacja społeczna pacjenta (warunki mieszkaniowe, z czego się utrzymuje, kto się opiekuje, itp.)  
.....  
.....

**2. ROZPOZNANIE** .....  
..... kod ICD10 .....

**3. WYWIAD:**  
.....  
.....  
.....

Przebieg dotychczasowego leczenia (szpitalne , ambulatoryjne )  
.....  
.....  
.....  
.....

Choroby współistniejące  
.....  
.....

**4. LEKI:**  
.....  
.....  
.....

- zaznaczyć właściwą odpowiedź

**5. BADANIE PRZEDMIOTOWE:**

**I. Ocena sprawności pacjenta**

a) poruszanie się:

- chodzący , - chodzący przy pomocy , (rodzaj pomocy): .....

- siedzący, zaadoptowany do wózka , - leżący ,

b) higiena osobista:

- samodzielny , - wymaga pomocy , - całkowicie zależny ,

c) jedzenie i picie:

- samodzielny , - wymaga pomocy , - całkowicie zależny ,

**II. Stan psychiczny**

a) współpraca w rehabilitacji: tak , nie ,

b) objawy zespołu psychoorganicznego tak , nie ,

**III. Wydolność układu krążenia NYHA.....CCS.....**

.....  
.....  
.....  
.....

**IV. W przypadku schorzeń współistniejących (nerki, układ oddechowy, wątroba) podać stopień wydolności:**

.....  
.....  
.....  
.....

**UWAGA! Wszystkie rubryki proszę dokładnie i czytelnie wypełnić.**

**Konieczne jest dołączenie kserokopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego!!!**

.....  
data wystawienia wniosku

.....  
pieczętka i podpis lekarza kierującego