

## Ankieta – wypełnia pacjent

Imię i nazwisko pacjentki/a:.....  
Zamieszkała/y:.....  
PESEL:.....

1.Schorzenie dominujące:

.....

2.Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

3.Aktualnie zażywane leki, ich dawki, schemat stosowania:

.....

.....

4. Uczulenia, nietolerancje:

.....

**Przeciwwskazania do fizykoterapii:**

Wywiad nowotworowy:

.....

Wszechy funkcjonalne, obecność metalu, rozrusznika:

.....

Inne:

.....

5. Ocena tolerancji wysiłku fizycznego (\*właściwe zakreślić):

1. Dobra tolerancja wysiłku – duszność pojawia się przy dużym/długim wysiłku fizycznym, nie ogranicza pacjenta w aktywności fizycznej

2. Umiarkowana tolerancja wysiłku fizycznego – duszność pojawia się przy szybkim marszu i/lub wchodzeniu pod niewielkie wzniesienie

3. Niska tolerancja wysiłku - szybko się męczy, dystans chodu po płaskim terenie do czasu zadyszki/ duszności <100m i/lub po kilku minutach chodzenia po terenie płaskim)

4. Niewielka tolerancja wysiłku fizycznego – duszność pojawia się przy czynnościach codziennych np. mycie się, ubieranie, jedzeniu

6.Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego *\*właściwe podkreślić*

Samodzielność w czynnościach samoobsługowych:

- Pełna, nie wymaga pomocy w czynnościach samoobsługowych

- Częściowa, potrzebuje pomocy w niektórych czynnościach (w jakich?):

.....

- Zależność od innych, niesamodzielność wymagająca pomocy stałej pomocy innych osób

- Trzymanie stolca i moczu **Tak / Nie / wymaga zaopatrzenia (np. pieluchomajtki, cewnik)**

7. Zdolność do przemieszczenia się:

- chodzi samodzielnie w tym po schodach

- chodzi z pomocą (kuli łokciowej, balkonika, drugiej osoby) *\*właściwe zakreślić*

- nie chodzi samodzielnie (porusza się o wózek inwalidzkim, leżący) *\*właściwe zakreślić*

8.Ocena stanu psychicznego:

- kontakt logiczno- słowny **dobry / umiarkowany / zaburzony**

- pacjent rozumie i wykonuje polecenia **Tak / Nie**

9.Cewnik moczowy: **Nie / Tak**

10.Odleżyny **Nie / Tak** Jeśli **tak** to gdzie się znajdują (opis):

.....

.....

11.Używane zaopatrzenie ortopedyczne: **Nie / Tak** – jakie?

.....

Data wypełnienia ankiety :

Podpis wypełniającego:

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że nie korzystałem/korzystałem\* w okresie od ..... do ..... z rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej (kod komórki 4300) w innej placówce finansowanej przez NFZ w danym roku kalendarzowym.

**W przypadku poświadczenia nieprawdy, pacjent zostanie obciążony kwotą należną Uzdrowisku Wysowa S. A. od NFZ za wykonane świadczenia zdrowotne.**

.....  
PESEL Pacjenta

.....  
( data, czytelny podpis pacjenta)

*\*niepotrzebnie skreślić*