



.....  
data i miejscowość

Pieczętka jednostki kierującej.

**SKIEROWANIE**  
**Na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej**  
**Vito- Med Sp. z o.o.**  
**ul. Radiowa 2**  
**44-100 Gliwice**

1. Nazwisko i imię Pacjenta.....

2. PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Adres: kod pocztowy 

--	--

 - 

--	--	--

 miejscowość .....

ulica..... nr .....

4. Telefon ..... 5. Oddział NFZ .....

6. Wykształcenie i zawód wykonywany .....

7. Czynny zawodowo\*) ..... miejsce i charakter pracy .....

L4 od .....do .....nr statystyczny choroby wg ICD10 .....

8. Grupa inwalidzka ..... nr renty .....

9. Stan rodzinny i adres osoby opiekującej się chorym .....

10. \*\*Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji

11. \*\*Data wypadku, zachorowania i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej terapii

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

**12.\*\* Przebyte uprzednio lub współistniejące obecnie schorzenia**

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

**13. Ocena wydolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR** .....

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

**14. Zakres samodzielności w czynnościach życia codziennego \*)**

- a) kontakt logiczny z pacjentem: brak, słaby, dobry, pełny (prawidłowe podkreślić)
- b) samodzielne mycie się ..... samodzielne ubieranie się ..... samodzielne jedzenie .....  
trzymanie moczu i stolca .....
- c) samodzielne siadanie w łóżku ..... samodzielne chodzenie po pokoju ..... po korytarzu .....  
po schodach .....
- d) czy wymaga zaopatrzenia ortopedycznego ..... czy posiada zaopatrzenie ortopedyczne .....
- e) czy wymaga wózka pokojowego ..... czy posiada wózek .....
- f) pacjent posiada opiekuna prawnego: tak, nie (prawidłowe podkreślić)

.....

\*) wpisać tak lub nie

podpis i pieczęć lekarza

\*\*\*) pola, które nie mogą pozostać puste

+ w załączeniu wymagana KARTA WYPISOWA