

Proszę uważnie przeczytać kartę pacjenta. Dokładne informacje pozwolą zakwalifikować Państwa do leczenia w Columnna Medica i ułożyć najlepszy program rehabilitacyjny. Proszę wypełnić dokument uzupełniając luki, lub wybierając jedną z podanych odpowiedzi. Dziękujemy.

Imię i Nazwisko _____

Adres _____

Miasto _____ kod pocztowy _____

PESEL _____ numer telefonu _____

Adres e-mail _____

Data urodzenia _____ wiek _____

Miejsce urodzenia _____

Płeć _____ wzrost _____ waga _____

Proszę krótko opisać swój aktualny stan zdrowia:

Kiedy zdiagnozowano chorobę (SM, nastąpił udar, uraz). Proszę podać miesiąc, rok.

Choroby współistniejące (np.: choroby serca, nerek, nowotworowe, inne)

Elementy metalowe w ciele (zastawki, rozrusznik, stenty, implanty, protezy, metalowe, śruby w kościach)

Czy może Pan/Pani poruszać się samodzielnie?

☐ Tak ☐ Mogę przejść samodzielnie około _____ metrów ☐ Nie

Czy porusza się Pan/Pani z pomocą:

☐ Kul ☐ Wózka ☐ Laski ☐ Chodzika

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy przemieszczaniu się z łóżka na wózek inwalidzki?

☐ Tak, zawsze ☐ Tak, czasami ☐ Nie

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy przemieszczaniu się z wózka do łóżka?

☐ Tak, zawsze ☐ Tak, czasami ☐ Nie

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy przemieszczaniu się z wózka do toalety?

☐ Tak, zawsze ☐ Tak, czasami ☐ Nie

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy czynnościach w łóżku ?

- ☐ Nie potrzebuję pomocy ☐ Tak, z podniesieniem się z łóżka do pozycji siedzącej
- ☐ Tak, ze zmianą pozycji w łóżku ☐ Tak, ze zmianą innych pozycji w łóżku, takich jak:
-

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy zabiegach higieny osobistej ?

- ☐ Potrzebuję całkowitej pomocy ☐ Nie potrzebuję pomocy
- ☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak:
-

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy spożywaniu posiłków ?

- ☐ Potrzebuję całkowitej pomocy ☐ Nie potrzebuję pomocy
- ☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak:
-

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy ubieraniu się (górne części garderoby) ?

- ☐ Potrzebuję całkowitej pomocy ☐ Nie potrzebuję pomocy
- ☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak:
-

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy ubieraniu się (dolne części garderoby) ?

- ☐ Potrzebuję całkowitej pomocy ☐ Nie potrzebuję pomocy
- ☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak:
-

Czy wstaje Pan/Pani samodzielnie?:

- ☐ bez pomocy ☐ o kulach ☐ z chodzikiem ☐ podtrzymując poręcz
- ☐ nie mogę wstać ☐ z pomocą drugiej osoby

Czy może Pan/Pani siadać?

- ☐ Tak ☐ Nie, mogę tylko leżeć

Jak porusza się Pan/ Pani w domu?

- ☐ Sam/a ☐ wózek ☐ chodzik ☐ laska ☐ kule ☐ kule

Jak porusza się Pan/ Pani poza domem?

- ☐ Sam/a ☐ wózek inwalidzki/skuter ☐ laska ☐ kule ☐ inny sposób, jaki
-

Jak daleko może Pan/ Pani przejść bez uczucia zmęczenia?

_____ metrów

Czy wychodzi Pan/Pani na zewnątrz?

☐ Tak ☐ Nie

Jak często wychodzi Pan/Pani na zewnątrz?

_____ ☐ Nie wychodzę na zewnątrz, ponieważ _____

Czy przyjmuje Pan/Pani aktualnie leki?

☐ Tak ☐ Nie Proszę wymienić jakie: _____

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani odleżyny?

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani problem z wypróżnianiem lub oddawaniem moczu?

☐ Cały czas ☐ Czasami ☐ Nigdy

Czy używa Pan/Pani cewnika?

☐ Codziennie ☐ Czasami ☐ Nie

Czy używa Pan/Pani pieluch?

☐ Codziennie ☐ Czasami ☐ Nie

Czy potrzebuje Pan/Pani pokoju dostosowanego dla osób niepełnosprawnych ?

☐ Tak (łóżko ortopedyczne, nakładka na sedes, uchwyty przy toalecie) ☐ Nie

Czy pracuje Pan/Pani?

☐ Tak, pełny etat ☐ Tak, pół etatu ☐ Nie pracuję ☐ Emeryt

Czy ma Pan/Pani problem z pamięcią?

- ☐ Tak, dużo ☐ Czasami ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani problem ze słuchem?

- ☐ Tak, dużo ☐ Czasami ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani problem z mową?

- ☐ Tak, dużo ☐ Czasami ☐ Nie

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy logopedy/neurologopedy?

- ☐ Tak, ☐ Nie

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy psychologa/psychiatry?

- ☐ Tak, ☐ Nie

Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o klinice?

Prosimy podać przybliżony czas przyjazdu.

- | | |
|---|--|
| ☐ PRZYJAZD DO GODZINY 15.00
proszę o zaplanowanie pierwszych
zabiegów/konsultacji od godziny
16.00 w dniu przyjazdu | ☐ PRZYJAZD PO GODZINIE 15.00
proszę o zaplanowanie pierwszych
zabiegów/konsultacji w dniu następnym |
|---|--|

Dodatkowe informacje, o których chciałby Pan / chciałaby Pani nas poinformować:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez COLUMNA MEDICA Sp. z o.o. sp. kom 98-100 Łask, ul Wakacyjna 8; w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowy (Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 r. z późniejszymi zmianami) w celach związanych z leczeniem i profilaktyką medyczną. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach m.in. do wglądu i aktualizacji moich danych.

data _____ podpis pacjenta _____