tel.: 251 116 600 a volba č. 2

fax: 251 116 616

e-mail: hospitalizace.rkm@mediterra.cz

**DOTAZNÍK ŽADATELE O REHABILITAČNÍ POBYT**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno + Příjmení |  |
| Adresa |  |
| Datum narození /Rodné číslo |  |
| Kontakt(rodina/soc. pracovník/oddělení) |  |
| Pojišťovna |  |
| Základní diagnózy pro přijetí na RKM |  |
| Současné místo pobytu(nemocnice/LDN/domov) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOBĚSTAČNOST** | [ ] Soběstačný[ ] Nesoběstačný[ ] při hygieně [ ] při jídle [ ] při oblékání [ ] Asistence druhé osoby[ ] při posazování[ ] při postavování[ ] při chůzi * Označte úkony, příp. upřesněte:
 |
| **POHYB** | [ ] Samostatně[ ] S 1 opěrnou pomůckou[ ] S 2 opěrnými pomůckami[ ] S dopomocí 1 osoby[ ] S dopomocí 2 osob[ ] S chodítkem[ ] Mechanický vozík [ ] zvládá přesuny samostatně[ ] dopomoc při přesunech na vozík[ ] Ležící* Jakou vzdálenost ujde?
 |
| VYPRAZDŇOVÁNÍ - **MOČ** | [ ] Kontinentní[ ] Inkontinentní[ ] PMK |
| VYPRAZDŇOVÁNÍ - **STOLICE** | [ ] Kontinentní[ ] Inkontinentní |
| **VÁHA** | [ ] V normě /BMI 18 – 25/[ ] Nadváha /BMI 25 – 30/[ ] Obezita /BMI nad 30/ * Vyplňte:

 kg cm |
| **KOMUNIKACE, ORIENTACE** | [ ] Plně spolupracující, orientace místem a časem[ ] Omezená spolupráce, dezorientovaný, neklidný[ ] Smyslová porucha – slepota, hluchota[ ] Poruchy psychické – neuróza, psychóza |
| **KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY** | [ ] Problémy s řečí (fatická porucha)  [ ] porucha vyjadřování  [ ] porucha porozumění mluvenému slovu[ ] Dysartrie[ ] Cizinec |
| **SPOLUPRÁCE PŘI REHABILITACI** | [ ] Aktivní, plně spolupracující [ ] Částečně pasivní[ ] Zcela pasivní  |
| **PORUCHA KOŽNÍ INTEGRITY** | [ ] Žádné[ ] Dekubity: [ ] povrchní[ ] hluboký * Lokalizace:
* Rozsah dekubitu:
 |
| **SOCIÁLNÍ STAV** | [ ] Žije s rodinou[ ] Žije sám[ ] V domově důchodců[ ] LDN[ ] Ústav sociální péče, dům s pečovatelskou službou |
| **PŘEVZETÍ PO UKONČENÍ POBYTU** | [ ] Rodina[ ] Zajištěný pobyt v LDN, domov důchodců, dům s pečovatelskou službou[ ] Zajištěná pečovatelská služba |
| **PŘÍTOMNOST KARDIOLOGICKÝCH IMPLANTÁTŮ** | [ ] Ano[ ] Ne |
| **LÉČÍTE SE S NĚJAKÝM ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM?**(vyplňte, pokud není uvedeno v přiložené dokumentaci) | [ ] Ne[ ] Ano – prosím napište s jakým: |

**PŘÍLOHA!**

**K dotazníku přiložte zprávu od odborného lékaře nebo propouštěcí zprávu z nemocnice s doporučením rehabilitačního pobytu na RKM.**

Dne Podpis (razítko) .

Kontakt .