

## 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)	

<b>SOBĚSTAČNOST</b>	<input type="checkbox"/> Soběstačný  <input type="checkbox"/> Nesoběstačný <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> při hygieně</li> <li><input type="checkbox"/> při jídle</li> <li><input type="checkbox"/> při oblékání</li> </ul> <input type="checkbox"/> Asistence druhé osoby <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> při posazování</li> <li><input type="checkbox"/> při postavování</li> <li><input type="checkbox"/> při chůzi</li> </ul> <p>➤ Označte úkony, příp. upřesněte:</p>
---------------------	--



<p style="text-align: center;"><b>INTEGRITY</b></p>	<input type="checkbox"/> Žádné <input type="checkbox"/> Dekubity: <div style="float: right; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> povrchní  <input type="checkbox"/> hluboký           </div> ➤ Lokalizace:  ➤ Rozsah dekubitu:
<p style="text-align: center;"><b>SOCIÁLNÍ STAV</b></p>	<input type="checkbox"/> Žije s rodinou <input type="checkbox"/> Žije sám <input type="checkbox"/> V domově důchodců <input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> Ústav sociální péče, dům s pečovatelskou službou
<p style="text-align: center;"><b>PŘEVZETÍ PO UKONČENÍ POBYTU</b></p>	<input type="checkbox"/> Rodina <input type="checkbox"/> Zajištěný pobyt v LDN, domov důchodců, dům s pečovatelskou službou <input type="checkbox"/> Zajištěná pečovatelská služba
<p style="text-align: center;"><b>PŘÍTOMNOST KARDIOLOGICKÝCH IMPLANTÁTŮ</b></p>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<p style="text-align: center;"><b>LÉČÍTE SE S NĚJAKÝM ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM?</b>          (vyplňte, pokud není uvedeno v příložené dokumentaci)</p>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_