

ZLECENIE LEKARSKIE

Lekarz kierujący:

Oddział, nr tel.:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres:

Nr tel.:

Rozpoznanie:

Planowana data wypisu:

Planowana data przyjęcia:

Niedowład:	KGP	KGL	KDP	KDL
Poruszanie:	Chód samodzielny		Balkonik	
	Kule	Wózek	Leżący	
Wydolność krążenia:	TAK	NIE		
Barthel (skala 1-20):	do 14 pkt.		powyżej 14 pkt.	
Karmienie:	Wymaga		Nie wymaga	
Cewnik:	TAK	NIE		Patogeny:
Odleżyny:	TAK	NIE		TAK NIE
EPI:	TAK	NIE		Konsultacja psychiatryczna*:
Terapia neurologopedyczna:	TAK	NIE		TAK NIE
Zaburzenia snu:	TAK	NIE		* Jeżeli <u>TAK</u>, prosimy o załączenie skanu.
Niepokój psychoruchowy:	TAK	NIE		Prosimy o odesłanie karty kwalifikacyjnej na adres e-mail: kwalfikacje@rehabilitacjamsw.pl
Spełnianie poleceń:	TAK	NIE		
Zaburzenia poznawcze:	TAK	NIE		