tel.: 251 116 600 a volba č. 2

fax: 251 116 616

e-mail: [hospitalizace.rkm@mediterra.cz](mailto: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 .