

Dotazník pro pacienta / rodinu

Tento formulář prosím vyplňte co nejpřesněji. Slouží k předběžnému posouzení vhodnosti přijetí k rehabilitační péči.

Jak formulář vyplnit a odeslat

1. Stáhněte si tento PDF soubor do počítače.
2. Otevřete jej v aplikaci Adobe Acrobat Reader ([zdarma ke stažení](#)).
3. Vyplňte formulář a uložte jej (Soubor > Uložit).
4. Odešlete nám uložený soubor e-mailem na info@sanatoriumpalava.cz.

Obsah

- › A. Základní informace
- › B. Důvod žádosti o rehabilitaci
- › C. Cíle rehabilitace
- › D. Současný funkční stav
- › E. Doplňující informace

A. Základní informace

Jméno pacienta

Příjmení pacienta

Datum narození

Adresa bydliště

Telefon

E-mail

Zdravotní pojišťovna

Výška (cm)

Hmotnost (kg)

Kontaktní osoba – rodina/příbuzný

Jméno

Příjmení

Telefon

E-mail

B. Důvod žádosti o rehabilitaci

Proč žádáte o rehabilitaci? (zaškrtněte vše, co platí)

Po cévní mozkové příhodě

Po operaci

Po amputaci

Onemocnění páteře

Po úrazu

Po výměně kloubu

Neurologické onemocnění

Jiné

Upřesnění (pokud „Jiné“)

Kdy vznikly obtíže nebo kdy byla provedena operace?

Před týdnem

Před 3 měsíci

Před více než 6 měsíci

Před měsícem

Před 6 měsíci

Jste v současnosti hospitalizovaný/á?

Ano

Pokud ano – Nemocnice

Ne

Oddělení

Děláte pokroky během posledních dnů nebo týdnů?

Ano, výrazně

Beze změny

Neumím posoudit

Ano, mírně

Zhoršuje se

Byl/a jste před vznikem onemocnění nebo úrazu samostatný/á?

Ano

Částečně

Ne

C. Cíle rehabilitace

Čeho chcete dosáhnout? (zaškrtněte vše, co platí)

Návrat domů

Zlepšení soběstačnosti

Zlepšení používání ruky

Jiný cíl

Upřesnění (pokud „Jiný cíl“)

Samostatná chůze

Návrat do zaměstnání/školy

Zlepšení řeči

Máte doma někoho, kdo Vám po návratu pomůže?

Ano

Částečně

Ne

D. Současný funkční stav

Dokážete se samostatně posadit?

Ano

Jen s pomocí

Ne

Dokážete stát?

Ano

Jen s pomocí

Ne

Jak se nejčastěji pohybujete?

Chodím bez pomůcky

Chodím s holí nebo chodítkem

Pohybuji se na vozíku

Jsem převážně na lůžku

Potřebujete pomoc při oblékání?

Ne

Občas

Ano

Potřebujete pomoc při osobní hygieně?

Ne

Občas

Ano

Máte obtíže s řečí?

Ne

Ano

Máte obtíže s polykáním?

Ne

Ano

Je zájemce orientovaný/á v čase, místě a osobách?

Ano

Částečně

Ne

Jak silné bolesti pociťujete?

Žádné (0)

Mírné (1–3)

Střední (4–7)

Silné (8–10)

E. Doplňující informace

Je něco, co byste nám chtěli sdělit a na co jsme se v dotazníku nezeptali?

Zájemce o zařazení do Sanatoria Pálava potvrzuje, že uvedené informace jsou pravdivé a bere na vědomí, poskytovatel zdravotních služeb si může pravdivost informací ověřit. (POVINNÉ POLE)

Děkujeme za vyplnění dotazníku. Na základě uvedených informací bude provedeno předběžné posouzení vhodnosti přijetí. Pokud budou splněna vstupní kritéria, může být vyžádána další zdravotnická dokumentace od Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře.

V souvislosti s Vaším zájmem o přijetí do Sanatoria Pálava zpracováváme Vaše osobní údaje, včetně údajů o zdravotním stavu, v rozsahu nezbytném pro předběžné posouzení možnosti přijetí a související komunikaci.

Podrobné informace o zpracování osobních údajů a Vašich právech naleznete v [Zásadách zpracování osobních údajů](#).