

Załącznik do Regulaminu

Załącznik B

KARTA PACJENTA NR 1

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

1. Wywiad i badanie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. BMI kg/m²

3. Codzienna aktywność fizyczna (na podstawie subiektywnej oceny pacjenta)

Proszę zaznaczyć na skali, jak pacjent ocenia swoją codzienną aktywność fizyczną (nie uwzględnia się do niej aktywności podejmowanej w ramach pracy, czasem odniesienia powinien być ostatni miesiąc). W poniższej skali 0 oznacza - brak jakiegokolwiek aktywności, 5 - aktywność umiarkowaną, 10 – intensywną.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ból

Proszę zaznaczyć na poniższej skali nasilenie dolegliwości bólowych pacjenta związanych z chorobą układu mięśniowo--szkieletowego i tkanki łącznej – 0 – oznacza brak dolegliwości, 5 – ból o średnim natężeniu, 10 – ból bardzo intensywny

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie:

TAK

NIE



Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych) – wg ICD 10

Zlecone w ramach Programu zabiegi fizjoterapeutyczne:

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....
4.
.....
.....
5.
.....
.....

Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis lekarza