

## SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ PO COVID-19\*

\*SKIEROWANIE MOŻNA PRZEKAZAĆ BEZPOŚREDNIO, KORESPONDENCYJNIE LUB DROGĄ ELEKTRONICZNĄ na adres e-mail (skan).

\* DO SKIEROWANIA NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ (WYPISY ZE SZPITALA, WYNIKI BADAŃ\*\* I KONSULTACJI)

\*\* WYMAGANE BADAŃ DODATKOWE: RTG lub TK klatki piersiowej z opisem oraz EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; morfologia, OB, CRP (aktualne, wykonane nie później jak 1 miesiąc przed wystaniem skierowania).

### OZNACZENIE PODMIOTU KIERUJĄCEGO (nazwa, adres, telefon kontaktowy lub pieczętka):

--

### SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI pacjentów po przebytej chorobie COVID-19

<b>PODMIOT</b>	<b>SANATORIA DOLNOŚLĄSKIE SPÓŁKA Z O.O.</b>	
<b>ODDZIAŁ</b>	<b>6500</b>	<b>ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY</b>
Miejsce realizacji świadczenia : Sanatorium Uzdrowskie „Zimowit ”		

### DANE PACJENTA

**IMIĘ I NAZWISKO:**

**PESEL:**

**ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU / KORESPONDENCJI (niepotrzebne skreślić)**

**TELEFON KONTAKTOWY:**

<b>ROZPOZNANIA:</b>	<b>KOD (ICD-10)</b>

### OPIS STANU ZDROWIA OSOBY KIEROWANEJ NA REHABILITACJĘ\*:

\*PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE

<b>TAK*</b>	<b>NIE*</b>	<b>ZDOLNOŚĆ DO SAMOOBŚLUGI</b>
		czy pacjent jest w stanie funkcjonować samodzielnie bez jakiegokolwiek pomocy innych osób (samodzielnie jeść*, chodzić*, korzystać z toalety* i zadbać o higienę osobistą*)?
<b>TAK*</b>	<b>NIE*</b>	<b>NAJISTOTNIEJSZE ZGŁASZANE OBJAWY I DYSFUNKCJE*</b>
		duszność spoczynkowa / wysiłkowa, przewlekły kaszel, tachykardia, kołatania serca, obrzęki, gorączka, stany podgorączkowe, przewlekłe zmęczenie, zmniejszenie wydolności fizycznej, zaniki / osłabienie mięśni, bóle stawów / mięśni, bóle głowy, zawroty głowy, dzwonięcie w uszach, zaburzenia węchu / smaku, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji, stany depresyjne, niepokój, stany lękowe, bezsenność, bóle brzucha, nudności, biegunka, brak apetytu / jadłowstręt

**INFORMACJE DODATKOWE - jeśli dotyczy - inne objawy, cel rehabilitacji, choroby przewlekłe, farmakoterapia:**

.....  
DATA, IMIĘ I NAZWISKO, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO, PIECZĄTKA, PODPIS

### USTALENIE MIEJSCA I TERMINU PRZYJĘCIA:

<b>Duszniki- Zdój</b>	<b>PON-ND</b>	<b>tel. 74-8669-464, 606 888 483, 534 467 077</b>	<b>biuro.zimowit@sanatoria-dolnoslaskie.pl</b>
<b>Szczawno-Zdrój</b>	<b>PON-ND</b>	<b>tel. 74-664026-30 tel.784 504 137</b>	<b>biuro.azalia@sanatoria-dolnoslaskie.pl</b>