

ANKIETA KWALIFIKACJI DO KOR USOR

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Adres:
.....
4. Tel.:
5. Dane kontaktowe do opiekuna:
.....
6. Rozpoznanie ICD-10 (wraz z opisem) z powodu, których kieruje się do rehabilitacji:
.....
.....
.....
.....
.....
7. Określenie dysfunkcji i/lub celu przeprowadzenia rehabilitacji stacjonarnej:
.....
.....
.....
.....
8. Schorzenia dodatkowe wraz ze stosowanymi lekami:
.....
.....
.....
.....
.....
9. Schorzenia psychiatryczne i/lub uzależnienia:
.....
.....
.....
.....

10. Schorzenia onkologiczne:
.....
.....
.....
.....

11. Ocena zakresu samodzielności w czynnościach życia codziennego:

Samodzielne mycie się	T	N
Samodzielne jedzenie	T	N
Samodzielne ubieranie się	T	N
Utrzymywanie moczu i stolca	T	N
Samodzielne siadanie na łóżku	T	N
Samodzielne chodzenie po pokoju/korytarzu	T	N
Samodzielne chodzenie po schodach	T	N
Używane zaopatrzenie:		

Data, pieczętka i podpis lekarza