|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pacjenta |  |
| Wiek pacjenta |  |
| Jednostka chorobowa |  |
| Data zachorowania |  |
| nr telefonu do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| **Stan funkcjonalny pacjenta na chwilę obecną** |
| Czy pacjent porusza się samodzielnie?  | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jest leżący? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jeździ samodzielnie na wózku inwalidzkim? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jeździ z pomocą na wózku inwalidzkim? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent chodzi z laską lub kulą? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent je samodzielnie? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jest karmiony doustnie? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jest karmiony przez peg? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent jest karmiony przez sondę? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent ma specjalistyczną dietę? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent ma cewnik? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent używa pampersy? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent ma rurkę tracheostomijną? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent ma odleżyny? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent mówi?  | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent potrzebuje neurologopedę? | [ ] [ ]  |
| **Oferta** |
| Preferowana data przyjazdu |  |
| Czas trwania pobytu |  |
| Czy pobyt ma być również w weekendy? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent ma mieć terapię w sobotę? | [ ] [ ]  |
| Czy pacjent będzie z opiekunem? | [ ] [ ]  |
| Czy opiekun chce wyżywienie? | [ ] [ ]  |