|  |  |
| --- | --- |
| 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? |  |