

**OŚRODEK REHABILITACYJNO-EDUKACYJNY
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

pw. Św. Rafała Archaniola

RUSINOWICE, ul. Zielona 23, PL 42-700 LUBLINIEC

tel. 034/357 05 23, 357 05 24, fax: 034/357 05 53

e-mail: osrodek@rusinowice.nazwa.pl

WWW.rusinowice.com

SKIEROWANIE WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO OŚRODKA

Proszę o przyjęcie dziecka z opiekunem do Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnego dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej pw. św. Rafała Archaniola w Rusinowicach

1. Nazwisko i imię dziecka

2. Data i miejsce urodzenia

3. PESEL

4. Dokładny adres dziecka

--- - ---

5. Nazwisko i imię rodziców lub opiekunów:

- dokładny adres, telefon,:

--- - ---

- miejsce pracy....

6. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

ROZPOZNANIE:

DECYZJA O TERMINIE PRZYJĘCIA

PRZYCZYNA ODMOWY PRZYJĘCIA DO LECZENIA

UWAGI.....

INFORMACJE O STANIE DZIECKA

7. Wywiad rodzinny

.....

.....

8. Rozpoznanie zasadnicze.....

.....

9. Choroby współistniejące

.....

- Czy występuje padaczka : TAK/NIE* (jeśli TAK, prosimy podać typ, częstotliwość napadów oraz aktualnie stosowane leki).....

.....

10.Przebyte choroby zakaźne (jakie i rok)

.....

11.Obecnie stosowane leki

.....

.....

12.Czy dziecko jest uczulone na leki TAK/NIE (jeśli TAK prosimy podać na jakie)

.....

13.Szczepienia ochronne (data) :

BCGBłonnica.....

Ospa.....Heine-Medina.....Dury.....

Inne

14.Czy stosowano surowice (data i reakcja)

.....

* niepotrzebne skreślić

15. Stan przedmiotowy w dniu badania
.....
.....

16. Na czym polegają aktualne problemy dziecka (prosimy opisać te problemy własnymi słowami)
.....
.....

17. Czy występują niedowład, porażenia, jeżeli TAK/NIE (jeżeli TAK to podać rodzaj, stopień i lokalizację) :.....
.....

18. Czy dziecko chodzi TAK / NIE przy pomocy kul (balkonika, laski);
posiada zaopatrzenie ortopedyczne TAK / NIE jakie?
samodzielnie siedzi TAK / NIE;
samodzielnie je TAK / NIE;
kontroluje trzymanie moczu TAK / NIE, stolca TAK / NIE;
samodzielnie się ubiera TAK / NIE;
samodzielnie się myje TAK / NIE;

19. Czy dziecko słyszy TAK/NIE;

20. Jaki jest kontakt z dzieckiem :
.....

21. Czy dziecko spełnia polecenia TAK/NIE;

22. Czy występują zaburzenia psychiczne, jeżeli TAK/NIE (jeżeli TAK to podać rodzaj i stopień)
.....
.....

23. Czy dziecko uczęszcza do szkoły TAK/NIE (jeżeli TAK, to podać rodzaj szkoły i stopień)
.....
.....

24. Dotychczasowe leczenie choroby podstawowej w tym leczenie operacyjne (rok, typ zabiegu)

.....

25.. Pobyty w Zakładach Rehabilitacyjnych i Sanatoriach

.....

.....

26. Kto będzie opiekunem dziecka podczas trwania turnusu: matka, ojciec, inna osoba

(podać dane personalne)*

.....

.....

Data

.....

Podpis lekarza kierującego
z numerem umowy Oddziału
Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
Pieczęć jednostki kierującej do leczenia
z numerem umowy Oddziału
Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
Podpis lekarza specjalistycznego w zakresie:
neurologii dziecięcej,
rehabilitacji ruchowej
lub ortopedii.

UWAGA: Wniosek wypełniony niekompletnie, nieczytelnie lub bez pieczętki lekarza kierującego i przychodni, nie będzie rozpatrywany !