**ANKIETA DLA PACJENTÓW KWALIFIKOWANYCH DO ODDZIAŁU REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ**

1. Nazwisko, imię …………………………………………………………………………………………………..
2. Data urodzenia ………………………………………………………………………………………………….
3. Pesel ……………………………………………………………………
4. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………
5. Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………
6. Masa ciała …………………………………………………………………..
7. Wzrost ………………. cm
8. Czynny(a) zawodowo TAK □ NIE □
9. Ocena sprawności
10. Samodzielne korzystanie z łazienki, ubieranie i rozbieranie **TAK □ NIE □**

**WYMAGA POMOCY □**

1. Samodzielne spożywanie posiłków **TAK □ NIE □ WYMAGA POMOCY □**
2. Samodzielne poruszanie się w obrębie pokoju **TAK □ NIE □**

**WYMAGA POMOCY □**

1. Samodzielne poruszanie się w obrębie budynku 150-200 m **TAK □ NIE □ WYMAGA POMOCY □**
2. Poruszanie się przy pomocy kul **TAK □ NIE□**
3. Poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego **TAK □ NIE□**
4. Niezagojone zmiany skórne **TAK □ NIE□**

Jeżeli tak to jakie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data i podpis

 …………………………………………………………….