Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ DIAGNOZY FIZJOTERAPEUTYCZNEJ

(WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA w SP ZOZ MOŃKI)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Pacjenta |  |
| Data wizyty, godzina*(0,5 h/Pacjenta)* | ……………………/2025, godz.: od:……...… do:……….... |

1. Informacje dodatkowe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pacjent przedstawił do wglądu dokumentację medyczną dotyczącą problemu zdrowotnegowymagającego rehabilitacji ? | * tak
* nie
 | * skierowanie od lekarza POZ
* nie dotyczy *(dokumentacja*

*medyczna dostępna w SPOZ Mońki)* |
| Czy Pacjent jest aktywny pracujący? | * tak
 | * nie
 |
| Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (jeśli dotyczy) | * umysłowa
* fizyczna
* umysłowo-fizyczna
* na wysokości
* kierowca zawodowy
* powtarzalne prace manualne
* praca zdalna
 | * nie dotyczy
 |

1. Karta diagnozy fizjoterapeutycznej Pacjenta

|  |  |
| --- | --- |
| Choroba podstawowaKod ICD-9/ ICD-10 |  |
| Choroby przebyte i współistniejące |   |
| Zgłaszane dolegliwości |  |
| Wskazanie Pacjenta do rehabilitacji medycznej z powodu: |
| A | Choroby układu nerwowego |  | tak |  | * nie
 |
| B | Choroby układu kostno-stawowego: |  | tak |  | * nie
 |
| Wynik badania fizykalnego | Test funkcjonalny: | Skala bólu VAS: |
| Rekomenduję zakwalifikowanie Pacjenta do następujących świadczeń medycznych w ramach projektu:  | * rehabilitacja ambulatoryjna (5 sesji):

– – – – – – – * zajęcia kompensacyjno-ruchowe na basenie (5 sesji):
* porady psychologa
 |
| Pacjent nie kwalifikuje się do żadnej z form rehabilitacji | /uzasadnienie/ |

1. Ryzyko opuszczenia rynku pracy z powodów zdrowotnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Pacjent w chwili przystąpienia do Projektu jest lub przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu w/w zdiagnozowanej choroby? |  | * tak
 |  | * nie
 |
| Czy Pacjent jest narażony/a na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych? |  | * tak
 |  | * nie
 |
| Czy Pacjent potrzebuje świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia pracy, powrotu do pracy lub utrzymania zatrudnienia? |  | * tak
 |  | * nie
 |

|  |  |
| --- | --- |
| *Mońki,* *……………………………………**Miejscowość i data* | *…………………………………**Podpis Fizjoterapeuty* |
| *Mońki,* *……………………………………**Miejscowość i data* | *…………………………………**Podpis Pacjenta* |