



Załącznik 5 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie „Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji uwzględniającej aktywizację zawodową i wsparcie w powrocie do pracy”

Beneficjent: Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

Nabór nr FELU.09.05-IZ.00-001/24

Projekt nr FELU.09.05-IZ.00-005/24

FORMULARZ MEDYCZNY

Instrukcja wypełniania:

Cz. 1 - Dane pacjenta - wypełnij samodzielnie.

Cz. 2 - Dane medyczne - wypełnia Twój lekarz (lekarz rodzinny lub prowadzący)

Jeżeli posiadasz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących, weź ze sobą na badanie lekarskie.

Wypełniony formularz ważny jest do 30 dni po jego wystawieniu przez lekarza.

1. Wypełnij DRUKOWANYMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Cz. 1 Dane pacjenta (wypełnia pacjent)

Imię i nazwisko											
Numer PESEL											
Ulica								Nr domu/mieszkania			
Kod pocztowy			-				Poczta				
Miejscowość						Gmina					
Powiat						Województwo					
Telefon kontaktowy						Adres poczty elektronicznej					
Zawód wykonywany						Zawód wyuczony					
Rodzaj pracy: fizyczna, umysłowa, mieszana											

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

**Cz. 2: Dane medyczne (wypełnia lekarz)**

Czy pacjent posiada problemy zdrowotne w obszarze chorób układu nerwowego, które mogą w przyszłości powodować czasową lub trwałą niezdolność do pracy?	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Rozpoznanie: (tylko poniższy katalog schorzeń kwalifikuje do udziału w programie. Właściwe zaznaczyć):

A69 Zakażenia wywołane przez inne krętki	G62 Inne polineuropatie	
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	G63 Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	
D32 Nowotwór niezłośliwy opon mózgowordzeniowych	G64 Inne zaburzenia obwodowego UN	
G05 Zapalenie mózgu, rdzenia kręgowego oraz mózgu i rdzenia kręgowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	G70 Miastenia i inne zaburzenia nerwowomięśniowe	
G12 Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne	G71 Pierwotne zaburzenia mięśniowe	
G20 Choroba Parkinsona	G81 Porażenie połowicze	
G25 Inne zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych	I69 Następstwa chorób naczyniowych mózgu	
G35 Stwardnienie rozsiane	M32 Toczeń rumieniowaty układowy	
G37 Inne choroby demielinizacyjne OUN	M47 Spondyloza	
G54 Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych	M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	
G55 Uciski korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	M51 Inne choroby krążka nerwowego	
G56 Mononeuropatie kończyny górnej	M54 Bóle grzbietu	
G57 Mononeuropatie kończyny dolnej	S06 Uraz śródczaszkowy	
G61 Polineuropatia zapalna		

Choroby współistniejące: (w języku polskim, wraz z kodem ICD 10)

--

Ewentualne uwagi dla Zespołu Interdyscyplinarnego (fizjoterapeuta, logopeda, psycholog, doradca zawodowy, pielęgniarka)

--

Czy pacjent rokuje utrzymanie pracy lub odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Data wypełnienia:			
Pieczęć Placówki, w której wystawiono wniosek	Pieczętka i podpis lekarza		