Uzdrowisko Ustroń
GRUPA American Heart of Poland

.....
miejscowość i data

Pieczęć Instytucji Kierującej

Skierowanie na rehabilitację obrzęku limfatycznego

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia/numer PESEL .....
3. Miejsce zamieszkania .....
4. telefon, fax .....
5. Czynny zawodowo TAK/NIE* .....
6. Rozpoznanie i Nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację.....

   .....

- data leczenia operacyjnego .....
- data zakończenia leczenia.....

7. Schorzenia współistniejące

   .....

   .....

7. Stopień obrzęku.....
8. Pacjent wydolny krążeniowo-oddechowo. Bez cech czynnej choroby nowotworowej. Zmiany skórne wygojone. W załączeniu karta pomiarów.

** niepotrzebne skreślić*

** czytelnie wypełnić druk – drukowanymi literami*

TELEFON KONTAKTOWY - rehabilitacja obrzęku limfatycznego: 33 856 56 59
e-mail: ucrol@uzdrowisko-ustron.pl
www.uzdrowisko-ustron.pl

UWAGA!!!

Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej, zażywanych leków.

.....
podpis i pieczątka lekarza

TÜV NORD ISO 9001 CERTYFIKAT 2011/24

Uzdrowisko Ustroń
GRUPA American Heart of Poland

KARTA POMIARÓW OBRZĘKU KOŃCZYNY GÓRNEJ/ DOLNEJ

Imię i Nazwisko…… Data urodzenia……

Rozpoznanie……

KOŃCZYNA GÓRNA

BADANE PARAMETRY		Lewa	Prawa	Różnica
Obrzęk w cm w najszerszym miejscu	Ramienia			
	Przedramienia			
	Dłoni z wyłączeniem kciuka			
	Konsystencja	twarda		miękka

…… … … …
Podpis lekarza

KOŃCZYNA DOLNA

BADANE PARAMETRY		Lewa	Prawa	Różnica
Obrzęk w cm w najszerszym miejscu	Uda			
	Podudzia			
	Stopy			
	Konsystencja	twarda		miękka

……

Podpis lekarza

Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Ustroń" Spółka Akcyjna
ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń, tel. 33 856 56 50, fax 33 854 38 25
NIP: 548-007-78-72
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000121219
Kapitał zakładowy 30 300 000,00 PLN wpłacony w całości
www.uzdrowisko-ustron.pl, www.hr-ustron.eu, www.resortustron.com

TÜV NORD TÜV NORD Polska Sp. z o.o. ISO 9001
CERTYFIKAT 2011/24