



MB 215 MINŐSÉGÜGYI BIZONYLAT
ELŐJEGYZÉSHEZ, ILL. FELVÉTEL BESOROLÁSÁHOZ SZÜKSÉGES ADATOK

(A kitöltött adatlapot a titkarsag@misszio.hu e-mail címre kérjük megküldeni)

| | | | | | |
|--|---------------------|--|---|--|--|
| A beteg neve: | | TAJ-száma: | | Születési dátuma: | |
| Lakcíme: | | | Hozzá tartozó neve elérhetősége: | | |
| Diagnózis(-ok), kísérő betegségek: | | | | | |
| Étkezés: | | szájon át: önállóan / etetni kell | | orrszonda PEG | |
| Tracheostoma: | | van nincs | | váladék: | |
| Oxigén igény: | | igen nem | | Kontraktura: van nincs | |
| Mozgás: | ágy szélén ülés | | állás | | |
| | kerekeszékbe átülés | | járás | | |
| Decubitus: | nincs / van | | | | |
| | - stádium: | | | | |
| | - kiterjedés: | | egyéb bőrelváltozás: | | |
| | - váladékozás: | | | | |
| Műfogsor: van/nincs | | Hallókészülék: van/nincs | | Szemüveg: van/nincs | |
| Egyéb (pl. implantátum, pacemaker, stb.): | | | | | |
| Kontinencia: igen | | nem | | | |
| Nosocomiális fertőzés: | | MRSA ESBL | | COVID egyéb: | |
| | | Clostridium | | hasmenés: van nincs | |
| Kontaktusba vonható: | | igen nem | | Demencia: igen/nem | |
| Kommunikációs: | | aphasia igen nem | | | |
| | | zavartság igen nem | | | |
| Gyógyszerek: | | | | | |
| Testsúly: | | | | | |
| Egyéb megjegyzés, volt e rehabilitáción: | | | | | |

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek!

Orvos neve:..... **ph.** **telefonszáma: 06**.....

Átadó intézmény és osztály pontos megnevezése:

Az adatlapot kérjük olvashatóan töltsék ki!