



The Hospital of Central Connecticut

Rehabilitation Network

New Britain Campus
100 Grand Street
New Britain, CT 06050
860-224-5121

Bradley Memorial Campus
81 Meriden Avenue
Southington, CT 06489
860-276-5305

Berlin Office
15 Massirio Drive
Berlin, CT 06037
860-829-1300

Occupational Health Network
440 New Britain Avenue
Plainville, CT 06062
860-747-9441

Witamy w Szpitalu Rehabilitacji Central Connecticut Sieci. Dziękujemy za wybranie nas, i będziemy dążyć do Państwa oczekiwaniom i łącznych wyników.

Podczas swojej pierwszej wizyty otrzymasz kompleksowej oceny przez licencjonowanego fizjoterapeuty, zawodowych czy mowy. Twój terapeuta będzie współpracować z Państwem w celu identyfikowania deficytów funkcjonalnych, z którego szczegółowe cele zostaną ustawione. Indywidualny plan leczenia będzie stworzony specjalnie dla Ciebie.

Proszę pamiętać:

- Jesteś odpowiedzialny za wyznaczenie granic świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej, w uzyskaniu wszelkich wymaganych formularzy referencyjny. Upoważnienie nie stanowi gwarancję zwrotu opłat. Pacjent jest ostatecznie odpowiedzialny za wszelkie opłaty i co płaci.
- Jeśli jesteś spóźniony na spotkanie, być może będziemy musieli zmienić termin lub skrócić czas leczenia. Jeśli nie są w stanie uczestniczyć wizytę, należy zadzwonić na 24 godziny przed terminem wizyty.
- **DWA ODWOLANIA LUB NIEPOJAWIENIA MIANOWANIA SPOWODUJE WYDZIELINA Z PROGRAMU TERAPII.** By planowania terminów i nie uczestniczy, co ogranicza dostępność do naszych innych pacjentów potrzebujących spotkania. Ponadto, będzie zaburzać zdolność do maksymalizacji wyników terapii. Użytkownik będzie zobowiązany do uzyskania nowego zlecenia od lekarza kierującego przed przyszłych spotkań zaplanowano.

Rozumiem, że powyższe informacje i jestem w porozumieniu z tego programu:

Podpis pacjenta _____ Data _____

Cenimy swoją opinię, więc jeśli w dowolnym momencie chcesz podzielić swój komentarz lub wątpliwości, proszę nie wahaj się do mnie bezpośrednio.

Robert Stair PT, MBA, Cert MDT
Director
HOCC Rehabilitation Network
Occupational Health Network
Phone: 860-224-5121
Email: rstair@thocc.org

Past Medical History

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____ Data: _____

Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: _____ Numer telefonu: _____

Email: _____ Ebola screened: _____

Czy cierpisz z historii:			W ciągu ostatnich 3 miesięcy, nie trzeba było:		
Cukrzyca	YES	NO	Zmiany w ochronie zdrowia	YES	NO
Wysokie ciśnienie krwi	YES	NO	Nudności / wymioty	YES	NO
Choroba Serca	YES	NO	Gorączka / Dreszcze / Poty	YES	NO
Rak	YES	NO	Niewyjaśnione zmiana masy	YES	NO
Napady	YES	NO	Drętwienie lub mrowienie	YES	NO
Alergie	YES	NO	Zmiana apetytu	YES	NO
Stroke	YES	NO	Trudności w połykaniu	YES	NO
Artretyzm	YES	NO	Zmiany w jelicie / pęcherza	YES	NO
Osteoporoza	YES	NO	Zakażenie górnych dróg oddechowych	YES	NO
Bóle głowy	YES	NO	Duszność	YES	NO
Ból w nocy	YES	NO	Zawroty głowy	YES	NO
Astma	YES	NO	Other	YES	NO

Czy jesteś obecnie w ciąży? YES NO
Jeśli "tak", kiedy to termin? _____

Operacje / złamane kości / innych problemów medycznych: _____

Czy zażywasz jakieś leki: YES NO
Jeśli tak, proszę wymienić: _____

Czy masz jakieś alergie: YES NO
Jeśli tak, proszę wymienić: _____

W razie wypadku proszę powiadomić: Nazwa: _____
Adres: _____
telefon: _____