

PŘIHLAŠOVACÍ FORMULÁŘ



CENTRUM HÁJEK
THERASUIT CENTRUM
DĚTSKÝ STACIONÁŘ

Příjmení klienta

Jméno klienta

Datum narození

Datum zahájení kurzu

Datum ukončení kurzu

1. Údaje o rodičích

MATKA

Příjmení:

Jméno:

Ulice:

č.p.

Město:

PSČ:

Telefon:

E-mail:

OTEC

Údaje o bydlišti shodné s matkou

Příjmení:

Jméno:

Ulice:

č.p.

Město:

PSČ:

Telefon:

E-mail:

2. Základní údaje o klientovi

Výška:

cm

Hmotnost:

kg

Obvod pasu:

cm

Velikost obuvi:

3. Diagnóza klienta

Diagnóza hlavní (prosíme podrobně rozepsat)

>> pokračování na další straně

3. Diagnóza klienta

Diagnóza/diagnózy vedlejší

Dosavadní absolvované rehabilitační pobyty, lázně, terapie aj.

| | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|--|----------------------|---------------------------|----------------------|-------------|
| EPILEPSIE | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> ANO | Frekvence záchvatů v jednom měsíci: | <input type="text"/> | Délka trvání záchvatu: | <input type="text"/> | v sekundách |
| Jak záchvat probíhá: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Spouštěčový moment: | <input type="text"/> | | | | | | |
| Léky: | <input type="text"/> | | | | | | |

Stav kyčelních kloubů:*

*Přiložte, prosím, lékařskou zprávu, RTG.

Dědičná onemocnění: NE ANO Jaké?

Onemocnění srdce: NE ANO Jaké?

Metabolická onemocnění: NE ANO Jaké?

Skolióza: NE ANO Tvar: C S Úhel dle Cobba:

Hydrocephalus: NE ANO Shunt NE ANO

Optické a akustické schopnosti

Motorické schopnosti (lezení po čtyřech, samostatný stoj, sed, chůze, atd.)

Používané pomůcky (pomůcky při chůzi – berle, chodítko, vozík, atd.)

Ortopedická obuv se zpevněným kotníkem NE ANO prosíme poslat foto e-mailem

Momentálně užívané léky, důvod užívání:

ALERGIE