



Ankieta dla Pacjenta zgłaszającego się na terapię _____

Dane osobowe

Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data ur.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wykształcenie	<input type="text"/>	Zawód	<input type="text"/>
Aktywność zawodowa	<input type="checkbox"/> Aktywny	<input type="checkbox"/> Emeryt/ rencista	Sytuacja rodzinna <input type="checkbox"/> Żona/ mąż <input type="checkbox"/> Dzieci/ wnuki

Podstawowe informacje

Wzrost	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	Waga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
Ręczność	<input type="checkbox"/>	Praworęczny	<input type="checkbox"/>	Leworęczny	<input type="checkbox"/>	Oburęczny	
Wzrok	<input type="checkbox"/>	Prawidłowy	<input type="checkbox"/>	Nieprawidłowy skorygowany	<input type="checkbox"/>	Nieprawidłowy	
Słuch	<input type="checkbox"/>	Prawidłowy	<input type="checkbox"/>	Nieprawidłowy skorygowany	<input type="checkbox"/>	Nieprawidłowy	
Palenie papierosów	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Inne przyjmowane użytki – alkohol, inne	<input type="text"/>	
Uczulenia	<input type="text"/>						
Zabiegi operacyjne w ciągu ostatnich 10 lat	<input type="text"/>						
Ciąża	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Inne elementy obce w ciele	<input type="text"/>	
Stymulator serca	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	(endoprotezy, implanty, śruby, zastawki itp.)		

Przebyte choroby

Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani/Pana następujące choroby: _____

choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	zawał mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	kardiomiopatia	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	skłonność do krwawień	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
małopłytkowość	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	astma	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
przewlekła obturacyjna choroba płuc	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	rozedma	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
gruźlica	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	nawracające zapalenia płuc	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	zaburzenia odżywiania/wchłaniania	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie



Przebyte choroby cd...

Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani/Pana następujące choroby:

zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	słuszczenie wątroby	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
marskość wątroby	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	WZW B	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
WZW C	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	HIV	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	kamica nerkowa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
cukrzyca typu 1	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	cukrzyca typu 2	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	guz chromochłonny	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
dna moczanowa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	udar niedokrwienny	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
udar krwotoczny	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	polineuropatia	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
zaburzenia czucia	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	malformacja naczyniowa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
tętniak	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	depresja	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	zaburzenia nerwicowe	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
schizofrenia	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	osteoporoza	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
zwyrodnienia stawów kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	reumatoidalne zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	toczeń rumieniowaty układowy	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
żylna choroba zakrzepowo-zatorowa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	zwężenia tętnic szyjnych	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
żylaki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
epilepsja	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	choroby skóry	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
odleżyny	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie					
choroba zwyrodnieniowa innych stawów	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	jeśli tak, to których	<input type="text"/>			
choroby zakaźne	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	proszę wymienić	<input type="text"/>			
inne choroby	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	proszę wymienić	<input type="text"/>			



Wywiad epidemiologiczny

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy: _____

Był(a) Pan(i) poddawany/a zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/transfuzje, punkcje/biopsje, szczepienia, zabiegi operacyjne)?

Tak

Nie

Wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?

Tak

Nie

Korzystał(a) Pan(i) z usług specjalistów: stomatologa (ekstrakcja zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty (usuwanie ciała obcego, inne), laryngologa (punkcja zatok, inne), innych?

Tak

Nie

Był(a) Pan(i) poddawany/a zabiegom niemedycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyczka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermokosmetyczne), fryzjer (golenie/skaleczenie brzytwą, żyletką, inne), innym?

Tak

Nie

Miał(a) Pan(i) kontakt z HIV/ AIDS/ HCV/ HBV?

Tak

Nie

Miał(a) Pan(i) kontakt z krwią i tkankami osób trzecich?

Tak

Nie

Podróżował(a) Pan(i) do krajów Afryki, Azji, Ameryki Południowej?

Tak

Nie

Historia choroby

Rozpoznanie

Data zachorowania

Przyjmowane leki

Dokumentacja medyczna (skierowania, wypisy, wyniki badań itp.) _____

Załącznik 1

Załącznik 2

Załącznik 3

Załącznik 4

Załącznik 5

Oświadczenie

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem pytania zawarte w ankiecie, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się bezwzględnie zgłosić Personelowi Medycznemu Ośrodka każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów, pod rygorem braku odpowiedzialności Projekt Samodzielni sp. z o.o. za ewentualne powikłania powstałe w wyniku podania nieprawdziwych, bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)*

(* Za Pacjenta w wieku do 16 roku życia podpisuje wyłącznie rodzic lub opiekun prawny.



Stan funkcjonalny

Czy jest Pan(i) samodzielny/a w zakresie: _____

Czynności toaletowych	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Mycia się	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Ubierania się	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Przygotowywania posiłków	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Spożywania posiłków	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Robienia zakupów	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Sprzątania	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	Przemieszczania się	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie

Czy porusza się Pan(i)?

Samodzielnie Z pomocą sprzętu Z pomocą opiekuna Na wózku bez pomocy Na wózku z pomocą opiekuna

Czy używa Pan(i) sprzętu pomocniczego?

Tak Nie Jakiego?

Czy ma Pan(i) problemy z chodzeniem?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z koordynacją ruchową, zaburzeniami równowagi?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z poruszaniem ręką?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z chwytem i koordynacją ruchów ręki?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z czynnościami codziennymi?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z przełykaniem?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z mówieniem, czytaniem lub pisaniem?

Tak Nie

Czy ma Pan(i) problemy z pamięcią?

Tak Nie

Czy uprawia Pan(i) jakiś sport/aktywność rekreacyjną?

Tak Nie Jaką?

Jaki jest Pani/Pana cel terapii?



Dotychczasowa terapia

Czy uczestniczył(a) Pan(I) dotychczas w rehabilitacji, jeśli tak, to (dotyczy ostatniej): _____

Jak długo?

Gdzie?

W jakim zakresie?

Fizjoterapia

Terapia zajęciowa

Fizykoterapia

Zajęcia multimedialne

Neuropsycholog

Neurologopeda

Co było pozytywne?

Co było negatywne?

Czego brakowało?

Czy w trakcie terapii w Ośrodku Terapia Neurologiczna Samodzielnych będzie korzystać Pan/i z innej rehabilitacji?

Tak

Nie

Oświadczenie

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem pytania zawarte w ankiecie, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się bezwzględnie zgłosić Personelowi Medycznemu Ośrodka każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów, pod rygorem braku odpowiedzialności Projekt Samodzielni sp. z o.o. za ewentualne powikłania powstałe w wyniku podania nieprawdziwych, bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)*

(* Za Pacjenta w wieku do 16 roku życia podpisuje wyłącznie rodzic lub opiekun prawny.

Plan terapii (Wypełnia Personel Ośrodka)

Terapeuta prowadzący

Lekarz prowadzący

Planowany okres terapii (w tygodniach)

Termin wizyty ewaluacyjnej

Termin konsultacji neurologicznej

Wyposażenie



Plan terapii (Wypełnia Personel Ośrodka)

Tygodniowy plan terapii

Rodzaj terapii	Częstotliwość (liczba jednostek na tydzień)	Dzienny maksymalny czas terapii	Uwagi
Fizjoterapia			
Pionizator			
Trening lokomocyjny			
Siłownia			
SeeMe			
Pablo			
Platforma Gamma			
Fizykoterapia			
Terapia zajęciowa			
Terapia neuropsychologiczna			
Terapia neurologopedyczna			
Dieta			

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Wyrażam zgodę na wykonanie przez Terapii Neurologicznej Samodzielni:

_____ badań i testów diagnostycznych Tak Nie

Wyrażam zgodę na wykonanie przez Terapii Neurologicznej Samodzielni zabiegów zleconych przez lekarza lub fizjoterapeutę/terapeutę zajęciowego w zakresie:

fizjoterapii	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	terapii z wykorzystaniem multimedialnych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
fizykoterapii	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	terapii neuropsychologicznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
terapii zajęciowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	terapii neurologopedycznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałam się z uwagami dotyczącymi korzystania z zabiegów terapeutycznych oraz przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)*

(* Za Pacjenta w wieku do 16 roku życia podpisuje wyłącznie rodzic lub opiekun prawny.