

Přihláška na pohybovou terapii TheraSuit, část 2.

Údaje o Klientovi:

Jméno: _____

Příjmení: _____

Datum narození: _____

Výška: _____ Váha: _____ Velikost bot: _____

Základní diagnóza: _____

Vedlejší diagnózy:

Epilepsie: ano - ne

1) počet záchvatů v měsíci _____

2) medikace _____

Srdeční vady: ano - ne

Alergie: ano - ne Specifikace: _____

Skolióza: ano - ne Specifikace: _____

Diabetes: ano - ne

Tracheostomie: ano - ne

Hydrocefalus: ano - ne

Shunts: ano - ne

Jiné:

Dosavadní operace, terapie, rehabilitační pobyty, a jiné:

Rentgen kyčelních kloubů (max. 6 měsíců starý), lékařský nález:

Optické a akustické schopnosti (případné pomůcky) :

Současná medikace:

Motorické schopnosti: (např. lezení po čtyřech, sed, chůze, atd.)

Používané pomůcky: (např. vozík, berle, chodítko, atd.)

Soběstačnost Klienta (toaleta, pleny, obsluha při jídle, atd.)

Absolvování terapie

Délka – počet týdnů: 2 - 3 - 4

Četnost za rok:

Dopolene/odpoledne:

Jiné (zde můžete napsat, ve kterých termínech by Vám terapie vyhovovala, případně jiné požadavky):
