



Cesta životem bez bariér, z.s.

KOSTKA bez bariér – centrum pro rehabilitaci, zábavu i odpočinek
Nestátní zdravotnické zařízení

Přihláška na intenzivní rehabilitaci

Údaje o Klientovi:

Jméno: _____ Příjmení _____

Datum narození: _____

Výška: _____ Váha: _____

Základní diagnóza: _____

Vedlejší diagnózy:

Epilepsie: **ano – ne** počet záchvatů v měsíci a medikace

Srdeční vady: **ano - ne**

Diabetes: **ano - ne**

Tracheostomie: **ano - ne**

Hydrocefalus: **ano - ne**

Shunts: **ano - ne**

Alergie: **ano - ne** Specifikace: _____

Skolióza: **ano - ne** Specifikace: _____

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.)