



Cesta životem bez bariér, z.s.

Centrum služeb KOSTKA – Kvapilova 140/2, Kutná Hora, tel: 731 426 345
Nestátní zdravotnické zařízení

Přihláška na intenzivní rehabilitaci

| | | |
|--|----------------------|----------------|
| Jméno a příjmení žadatele - účastník terapie | | |
| Adresa | | |
| Identifikační údaje | RČ: | č.OP: |
| Držitel průkazu (nehodící škrtněte) | TP ZTP ZTP/P | Číslo průkazu: |
| Využívané ortopedické pomůcky | | |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce adresa - pokud se liší (pouze v případě je-li žadatel nezletilý) | | |
| Kontaktní údaje | Tel. č.: | e-mail: |
| Jméno a příjmení ošetřujícího ortopeda/rehabilitačního lékaře | | |
| Adresa | | |
| Telefon | | |

V

dne

Podpis žadatele

Podpis zákonného zástupce



Cesta životem bez bariér, z.s.

Centrum služeb KOSTKA – Kvapilova 140/2, Kutná Hora, tel: 731 426 345
Nestátní zdravotnické zařízení

Přihláška na intenzivní rehabilitaci 2. část

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 + současná medikace _____

Dosavadní operace, terapie, rehabilitační pobyty, a jiné:

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

Optické a akustické schopnosti, schopnost komunikace (případné pomůcky):

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

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

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