

Přihláška

Rehabilitační terapie: od _____ do _____ 20____, počet týdnů: ____.

1 ÚDAJE O PACIENTOVI

Jméno: _____

Příjmení: _____

Datum narození: _____ Datum poslední diagnózy: _____

Výška: _____ Váha: _____ Velikost bot: _____

Základní diagnóza: _____

Vedlejší diagnózy:

Dosavadní operace, terapie, rehabilitační pobyty, a jiné:

Epilepsie: 1) počet záchvatů v měsíci _____

2) medikace _____

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

Srdeční vady: _____ Skolióza: _____

Diabetes: _____ Hydrocefalus: ano ne

Tracheostomie: _____ Shunts: ano ne

Optické a akustické schopnosti:

Současná medikace:

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

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

Alergie: _____

2 ÚDAJE O RODIČÍCH / DOPROVÁZEJÍCÍ OSOBE

Jméno: _____

Příjmení: _____

Stát: _____ PSČ: _____

Bydliště – Město: _____

Ulice, číslo: _____ Telefon: _____

E-mail : _____

Smluvní podmínky Neurorehabilitační kliniky Axon jsem přečetl/a a prohlašuji, že s nimi souhlasím.
Svým podpisem potvrzuji správnost výše uvedených údajů.

Datum: _____ Podpis: _____