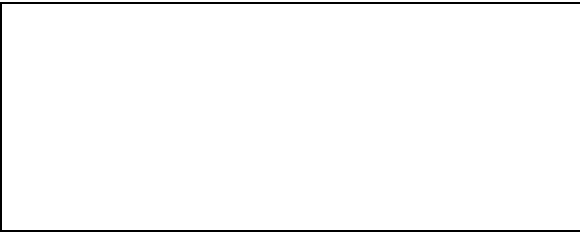


# **FORMULARZ O STANIE ZDROWIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

(załącznik do prośby o przyznanie pomocy finansowej na terapię  
od Fundacji im. Juliana Tuwima i Ireny Tuwim)



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

## **Prosimy o wypełnienie formularza pismem drukowanym**

Imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej \_\_\_\_\_

PESEL albo numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: \***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu  | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> epilepsja                  |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) _____        |

### **Przyczyna niepełnosprawności:\***

#### ***Uszkodzenie rdzenia kręgowego:***

- Nie  
 Tak     wrodzone     nabyte

#### ***Uszkodzenie mózgu:***

- Nie  
 Tak     wrodzone     nabyte

### **Rozpoznanie:**

(W języku polskim, zgodnie z przyjętą nomenklaturą medyczną i wskazaniem podstawowego problemu wymagającego terapii):

---

---

---

---

---

**Zalecenia odnośnie metod terapii** (wskazania i przeciwwskazania, optymalny czas oraz częstotliwość stosowania):

(w przypadku, gdy dana metoda jest wskazana – prosimy w kwadracie postawić znak „+”, jeżeli występują przeciwwskazania – prosimy postawić znak“-”).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kinezyterapia                      | <input type="checkbox"/> masaż                     |
| <input type="checkbox"/> dogoterapia                        | <input type="checkbox"/> magnetostymulacja         |
| <input type="checkbox"/> terapia ręki                       | <input type="checkbox"/> stymulacja wielozmysłowa  |
| <input type="checkbox"/> logopeda                           | <input type="checkbox"/> zajęcia V. Sherborne      |
| <input type="checkbox"/> pedagog                            | <input type="checkbox"/> rotor rehabilitacyjny     |
| <input type="checkbox"/> zajęcia integracji sensorycznej SI | <input type="checkbox"/> platforma balansowa       |
| <input type="checkbox"/> krioterapia                        | <input type="checkbox"/> metoda PETO               |
| <input type="checkbox"/> hipoterapia                        | <input type="checkbox"/> terapia neurologopedyczna |
| <input type="checkbox"/> terapia zajęciowa                  | <input type="checkbox"/> hydroterapia              |
| <input type="checkbox"/> kombinezon                         | <input type="checkbox"/> terapia Master            |
| <input type="checkbox"/> psycholog                          | <input type="checkbox"/> terapia Wojty             |
| <input type="checkbox"/> metoda NDT Bobath                  | <input type="checkbox"/> biofeedback               |
| <input type="checkbox"/> pionizacja                         | <input type="checkbox"/> światłoterapia            |
| <input type="checkbox"/> rezonans stochastyczny             | <input type="checkbox"/> tonoliza                  |
| <input type="checkbox"/> fizykoterapia                      | <input type="checkbox"/> ciepłolecznictwo          |
| <input type="checkbox"/> ćwiczenia na lokomacie             | <input type="checkbox"/> elektrostymulacja         |
| <input type="checkbox"/> basen                              | <input type="checkbox"/> inne terapie (jakie?)     |

---

---

---

**Zalecenia inne:**

---

---

---

---

---

**INFORMACJE DODATKOWE**  
**o stanie Osoby Niepełnosprawnej:**  
(zaznaczyć właściwy kwadrat)

**a) Leżąca:**

- TAK
- NIE

**b) Zaadaptowana do pozycji siedzącej:**

- TAK
- NIE

**c) Porusza się na wózku z pomocą opiekunów:**

- TAK
- NIE

**d) Samodzielnie porusza się na wózku:**

- TAK
- NIE

**e) Zaadaptowana do pozycji pionowe biernej (stoi z pomocą opiekunów i/lub sprzętu):**

- TAK
- NIE

**f) Zaadaptowana do pozycji pionowej czynnej (stoi bez opiekunów, dopuszcza się zaopatrzenie ortopedyczne):**

- TAK
- NIE

**g) Chodzi z pomocą opiekunów:**

- TAK
- NIE

**h) Jest na etapie nauki chodu:**

- TAK
- NIE

**i) Chodzi samodzielnie (w tym dopuszcza się wykorzystanie zaopatrzenia ortopedycznego):**

- TAK
- NIE

**j) Czy rozumie polecenia?**

- TAK
- NIE

**k) Komunikuje się z otoczeniem:**

- werbalnie
- niewerbalnie

**l) Zaadaptowana do pozycji siedzącej:**

- TAK
- NIE

**ł) Główny cel terapii, według lekarza specjalisty, prowadzącego leczenie Osoby Niepełnosprawnej/uwagi dodatkowe:**

---

---

\_\_\_\_\_

(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_

(pieczętka i podpis lekarza)