

## **Formularz B**

Załącznik nr 6 do wniosku nr..... (wypełnia Fundacja)  
o przyznanie pomocy pieniężnej w **XIII AKCJI CHARYTATYWNEJ**  
FUNDACJI im. JULIANA TUWIMA I IRENY TUWIM z siedzibą w Warszawie

---



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

### **Prosimy o wypełnienie zaświadczenia pismem drukowanym**

**Wypełnia lekarz specjalista z wykluczeniem specjalistów: internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych**

#### **WSKAZANIA LEKARZA ODNOŚNIE REHABILITACJI**

##### **OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

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 ( <i>jakie?</i> ) ..... |

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

Uszkodzenie rdzenia kręgowego:

- |                              |                                   |                                 |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> wrodzone | <input type="checkbox"/> nabyte |

Uszkodzenie mózgu:

- |                              |                                   |                                 |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> wrodzone | <input type="checkbox"/> nabyte |

##### **Rozpoznanie:**

(W języku polskim, zgodnie z przyjętą nomenklaturą medyczną i wskazaniem podstawowego problemu wymagającego leczenia i/lub rehabilitacji):

.....

.....

## Formularz B

---

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: \*

- Nie
- Tak

### W przypadku pobytu na turnusie rodzeństwa, czy istnieje konieczność obecności Opiekunów dla każdego z nich: \*

- Nie dotyczy
- Nie
- Tak

### Zalecenia odnośnie metod terapii (wskazania i przeciwwskazania):

(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"/> terapia cranio-sacralna   |
| <input type="checkbox"/> dogoterapia                        | <input type="checkbox"/> masaż                     |
| <input type="checkbox"/> terapia ręki                       | <input type="checkbox"/> magnetostymulacja         |
| <input type="checkbox"/> logopeda                           | <input type="checkbox"/> stymulacja wielozmysłowa  |
| <input type="checkbox"/> pedagog                            | <input type="checkbox"/> zajęcia V. Sherborne      |
| <input type="checkbox"/> zajęcia integracji sensorycznej SI | <input type="checkbox"/> rotor rehabilitacyjny     |
| <input type="checkbox"/> krioterapia                        | <input type="checkbox"/> platforma balansowa       |
| <input type="checkbox"/> hipoterapia                        | <input type="checkbox"/> metoda PETO               |
| <input type="checkbox"/> terapia zajęciowa                  | <input type="checkbox"/> terapia neurologopedyczna |
| <input type="checkbox"/> chiropraktyka                      | <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              |

## Formularz B

### Zalecenia inne\*

- rekonwalescencja po operacji lub innym poważnym zabiegu, bez terapii
- zmiana środowiska, bez terapii
- inne zalecenia:

.....

.....

.....

### Informacje dodatkowe o Osobie Niepełnosprawnej:

Stan funkcjonalny Osoby Niepełnosprawnej (zakreślić kółkiem właściwe)	Leżąca	Zaadaptowana do pozycji siedzącej	Porusza się na wózku z pomocą opiekunów	Samodzielnie porusza się na wózku	Zaadaptowana do pozycji pionowej biernej (stoi z pomocą opiekunów i/lub sprzętu)	Zaadaptowana do pozycji pionowej czynnej (stoi bez opiekunów, dopuszcza się zaopatrzenie ortopedyczne)	Chodzi z pomocą opiekunów	Jest na etapie nauki chodu	Chodzi samodzielnie (w tym dopuszcza się wykorzystanie zaopatrzenia ortopedycznego)
	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
Czy Osoba Niepełnosprawna rozumie polecenia? (zakreślić kółkiem właściwe)	TAK					NIE			
Czy Osoba Niepełnosprawna komunikuje się z otoczeniem? (zakreślić kółkiem właściwe)	werbalnie					niewerbalnie			
Główny cel turnusu wg lekarza prowadzącego:									

### Uwagi:

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* zaznaczyć właściwy kwadrat