



FORMULARZ INFORMACJI DLA PACJENTA EKSO BIONICS /GEO SYSTEM

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Data urodzenia _____

Tel. Komórkowy _____

Adres e-mail _____

INFORMACJE O OPIEKUNIE / RODZICU

Imię i nazwisko _____

Tel. Komórkowy _____

HISTORIA CHOROBY

SCHORZENIE

NEUROLOGICZNE

Data urazu / diagnoza: _____

Typ i poziom uszkodzenia /
paraliżu _____

POMIARY ANATOMICZNE

WZROST: _____ CM

MASA CIAŁA: _____ KG

OCENA FUNKCJI

Kiedy ostatnio się pionizowałeś/pionizowałaś
i jak długo to trwało?

	Jak długo
<input type="checkbox"/> Codziennie	_____
<input type="checkbox"/> W tym tygodniu	_____
<input type="checkbox"/> W zeszłym tygodniu	_____
<input type="checkbox"/> W zeszłym miesiącu	_____
<input type="checkbox"/> W zeszłym roku	_____
<input type="checkbox"/> Nie stoję/pionizuję się	_____



Czy jesteś w stanie samodzielnie przenieść się z wózka inwalidzkiego na zwykłe krzesło?

Tak
Nie
Tak
Nie
Tak
Nie

Czy jesteś w stanie chwytać i puszczać przedmioty dłońmi?

Czy potrafisz utrzymać równowagę na siedząco?

Jak się poruszasz na co dzień?

 Wózek inwalidzki
 Wózek inwalidzki elektryczny
 O chodziku
 O kulach
 O lasce / kuli
 Inaczej (jak?) _____

CZY POSIADASZ NASTĘPUJĄCE DOLEGLIWOŚCI LUB CIERPISZ Z POWODU:

Złamania kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy? _____
Różnica w długości kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Niskie/niestabilne ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy/jak często? _____
Niekontrolowane ruchy kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Klonusy/spazmy/spastyczność/inne: _____
Niekontrolowana autonomiczna dysrefleksja	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Napady chorób/zasłabnięcia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Data ostatniego incydentu _____
Obniżenie siły kończyn górnych/urazy kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Zaburzenia mowy/wzroku/słuchu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Zaburzenia pamięci	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Odleżyny	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____



Choroby skóry	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Obszary opuchnięte/bolące/wrażliwe:
Kolostomia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Cewnikowanie	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Osteoporoza	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Niedawno przebyta operacja	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Padaczka	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Niewyleczona zakrzepica żył głębokich	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____ _____
Niestabilność kręgosłupa	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____
Ciąża	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	_____

TRWAJĄCE BADANIA I ZAŻYWANE LEKI

Czy obecnie jesteś w trakcie jakichś badań/diagnostyki? Nie Tak

Opisz trwające właśnie badania:

Jakie leki przyjmujesz obecnie?

DODATKOWE INFORMACJE I PODPIS

Skąd dowiedziałeś się o terapii EKSO/GEO (np. ogłoszenie, Internet, szpital, lekarz):



Prosimy o wpisanie w polu poniżej wszystkich dodatkowych informacji, które dotyczą Twojego stanu zdrowia i każdej innej informacji, która mogłaby by nam pomóc uzyskać jak najlepsze efekty treningu.

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis opiekuna / rodzica _____ Data _____

Nazwisko opiekuna / rodzica (drukowanymi literami): _____

UWAGA! Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza zgodnie z posiadaną wiedzą. Zatajenie schorzenia lub urazu może wywołać niepożądane efekty uboczne, za które nie będzie odpowiadać terapeuta prowadzący trening.