



ANKIETA PODOPIECZNEGO

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko Pesel

Data i miejsce urodzenia..... Stan cywilny

Grupa inwalidzka / stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania – ulica, kod, miejscowość, województwo.....

tel. tel. kom. e-mail

II. Historia choroby

Nazwa schorzenia	Data diagnozy	Rodzaj badań
		<input type="checkbox"/> Biopsja <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Badania genetyczne

III. Rozwój psychomotoryczny

Czynność	Wykonuje aktualnie	Wykonywał kiedykolwiek	Kiedy umiejętność zanikła
Siedzenie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Siadanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wstawanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umiejętność chodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- samodzielnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- z pomocą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- przy poręczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IV. Rehabilitacja

Fizykoterapia	Basen i hydroterapia	Rehabilitacja ruchowa
		<input type="checkbox"/> z rehabilitantem ind.
		<input type="checkbox"/> z rodzicami ind.
		<input type="checkbox"/> grupowa

V. Postępowanie ortopedyczne

1. Czy stosowano aparaty ortopedyczne? Tak Nie
Jakie i kiedy? (łuski, gorsety, itp.)
2. Aktualne zniekształcenia ciała:
 - skrzywienie kręgosłupa
 - przykurcze rąk
 - przykurcze nóg
 - zniekształcenia stopy
 - inne
3. Wykonane operacje ortopedyczne:
 - usztywnienie kręgosłupa
 - korekcja nóg
 - inne.....

VI. Realizacja obowiązku szkolnego

- nauczanie indywidualne
- uczęszczanie do szkoły masowej
- inne

Ukończona szkoła

VII. Kariera zawodowa

1. Aktualne miejsce pracy
2. Czy jesteś zarejestrowana/ny jako bezrobotna/ny?
3. Czy poszukujesz pracy? Tak Nie Jakiej?
4. Czy posiadasz komputer? Tak Nie Twój zawód wyuczony
5. Inne umiejętności

VIII. Źródła utrzymania (zaznaczyć właściwą i podać wysokość)

- renta pracownicza
- renta socjalna
- na utrzymaniu rodziców
- inne
- opieka społeczna

IX. Sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy

Używany

Poszukiwany

Zbędny

XI. Warunki mieszkaniowe (opisz swoje mieszkanie i jego dostosowanie dla osób niepełnosprawnych)

XII. Twoje oczekiwania wobec Fundacji

Zamierzam korzystać z:

- turnus rehabilitacyjny: zimowy letni
- konsultacje lekarskie, jakie
- konsultacje psychologiczne
- rehabilitacja ruchowa w domu
- masaż perłkowy
- zajęcia na basenie
- usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AON)
- usługi transportowe dla osób niepełnosprawnych
- dofinansowanie indywidualne: do turnusu rehabilitacyjnego do zakupu sprzętu, inne
- korzystanie z uprawnień OPP i udostępnienie rachunku bankowego Fundacji w celu gromadzenia środków pieniężnych z tytułu darowizn oraz odpisu 1% podatku
- kursy komputerowe
- kursy językowe
- kawiarenka internetowa
- terapia zajęciowa
- wydawnictwa: „Czas Mięśni”, „Poradnik dla Fizjoterapeutów”, „Postępowanie w DMD”
- wyjazdy, jakie?
- inne

WOLNE WNIOSKI

Data i podpis Podopiecznego:

Załączniki:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Orzeczenie o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności | dołączono/nie dołączono |
| 2. Diagnoza lekarska potwierdzająca schorzenie nerwowo-mięśniowe | dołączono/nie dołączono |

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja,
(imię i nazwisko pełnoletniej Podopiecznego/przedstawiciela Podopiecznego)

wyrażam zgodę na przetwarzanie, na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), moich danych osobowych Podopiecznego/Przedstawiciela Podopiecznego przez Fundację Pomocy Chorym na Zanik Mięśni z siedzibą w Szczecinie przy al. Wojska Polskiego 69, 70-478 Szczecin, numer KRS 0000020975, numer NIP 852-11-32-866, numer REGON 810419025, w następujących celach:

- dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach statutowych działalności pożytku publicznego Fundacji,
- dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w tym mediom w celu upowszechniania informacji o statutowej działalności pożytku publicznego Fundacji, osobom indywidualnym (np. rodzinom w podobnej sytuacji życiowej, osobom niepełnosprawnym, osobom chcącym udzielić pomocy itd.) oraz dla celów sprawozdawczych,
- dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.

wyrażam zgodę na nieograniczone w czasie, bezpłatne przetwarzanie wizerunku na stronie internetowej Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni oraz profilach społecznościowych Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Niniejszej zgody udzielam dobrowolnie.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych/danych swojego Podopiecznego oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(imię i nazwisko Podopiecznego/przedstawiciela Podopiecznego)