



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 poręczy	<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 wyuczony zawód
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

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

.....
.....
.....
.....

XI. Twoje oczekiwania wobec Fundacji

Zamierzam korzystać z:

- turnus rehabilitacyjny: zimowy letni
- konsultacje lekarskie, jakie
- konsultacje psychologiczne
- rehabilitacja ruchowa w domu
- masaż perełkowy
- zajęcia na basenie
- usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON)
- 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.....
.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na umieszczenie powyższych informacji w bazie danych Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni z siedzibą Szczecinie, Al. Wojska Polskiego 69 (KRS 0000020975) i wykorzystanie ich do celów informacyjno- badawczych, promocyjnych oraz do występowania w moim imieniu do władz samorządowych i administracji rządowej (Art.24,32,47, ust. z dn. 29.08.97 o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883)

Data i podpis Podopiecznego:

Załączniki:

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