



CZĘŚĆ II – REHABILITANT

1. Ocena stanu narządu ruchu

(gdzie 0 – brak zaburzenia, 3-średnie, 5- znaczne)

- Sprawność kończyn górnych - 0 1 2 3 4 5
- w tym sprawność dłoni - 0 1 2 3 4 5
- Sprawność kończyn dolnych - 0 1 2 3 4 5
- Zborność ruchów - 0 1 2 3 4 5
- Zaburzenia równowagi - 0 1 2 3 4 5
- Spastyczność - 0 1 2 3 4 5
- Inne (jakie?)..... - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5

2. Ocena stanu czynności fizjologicznych - 0 1 2 3 4 5

3. Inne zaburzenia stwierdzone przez beneficjenta (np. mowy, wzroku, słuchu, itd.)

- - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5

4. Zalecenia fizjoterapeuty (w porozumieniu z beneficjentem) o do sposobów, metod i indywidualnego programu rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail: biuro@ptsr.waw.pl

5. Czy są inne niż wskazane przez neurologa/psychologa przeciwwskazania do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w zał. 1)

tak nie

Jeśli tak, to w których zajęciach beneficjent nie powinien uczestniczyć?.....
.....
.....

6. Jak ocenia Pan/i prawdopodobieństwo realizacji przez siebie celu projektu - zwiększenia samodzielności* ?

bardzo duże duże średnie małe bardzo małe

* Poprzez cel zadania rozumie się zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez wdrożenie kompleksowego programu grupowych i indywidualnych zajęć mających na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego ich funkcjonowania.

7. Uwagi

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

.....
Data i podpis beneficjenta

.....
Data i podpis rehabilitanta

