



## II. Informacja o aktualnym stanie zdrowia \*:

Czynność	Wykonuje aktualnie	Wykonywał kiedykolwiek	Kiedy umiejętność zanikła –rok życia	Uwagi
Siedzenie: <ul style="list-style-type: none"><li>• samodzielne</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• z podparciem</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wstawanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chodzenie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wchodzenie na schody: <ul style="list-style-type: none"><li>• samodzielne</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• przy poręczy</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• z pomocą</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Choroby współistniejące				

\* Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź przez przekreślenie kwadracika znakiem „x” oraz wpisanie informacji o chorobach towarzyszących i ewentualnie istotne uwagi

Do Wniosku załączam zaświadczenie wystawione przez lekarza prowadzącego /lub pierwszego kontaktu/ o braku przeciwwskazań - lub ograniczeniach - w uczestnictwie w zajęciach rehabilitacyjnych.

Wyrażam jednocześnie zgodę na umieszczenie powyższych informacji w bazie danych PTChNM Oddział Regionalny Warszawa w celu wykorzystanie ich do działań statutowych Towarzystwa.

.....

data

.....

podpis chorego lub opiekuna

## III. Uwagi i wnioski rehabilitanta :

---

---

---

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

podpis

## IV. Decyzja Zarządu PTChNM Oddział Regionalny Warszawa: