Анкета к запросу на реабилитацию в РЦ ЭйрМЕД

1. Фамилия Имя Отчество

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Телефон

3. Место жительства (фактическое)

4. Возраст

5. Рост

6. Вес

7. Привычное число приемов пищи в день?

8. Какую пищу вы едите?

(Разнообразную, диетическую, вегетарианскую, медицинские питательные смеси, комбинированные питательные смеси)

9. Какие лекарственные препараты принимаете регулярно?

10. Можете ли самостоятельно подниматься с постели?

11. Можете ли подняться с постели с использованием технических средств реабилитации?

12. Можете ли подняться с постели с помощью других людей?

13. Вызывает ли у вас трудности смена положения тела из позы лежа в позу сидя?

14. Используете ли какие-либо технические средства реабилитации для перемещения, если да, то какие?

15. Какие ещё технические средства реабилитации и медицинские изделия вы используете в повседневной жизни?

16. Какое у вас привычное количество часов физической нагрузки в день, включая смену положения, перемещение, ежедневные домашние дела и самообслуживание.

17. Выполняете ли какие-нибудь физические упражнения ежедневно или с регулярной периодичностью? Какие?

18. Испытываете ли вы трудности с дыханием:

1) при смене положения тела;

2) в покое;

3) при выполнении физической нагрузки руками в положении сидя;

4) при выполнении физической нагрузки руками в положении лежа;

5) в других случаях.

19. Испытываете ли вы боль?

1) в покое;

2) при смене положение тела;

3) во время движений;

4) в других случаях; если да, то укажите место ощущения боли. Какое функциональное ограничение в вашем организме доставляет наиболее сильный дискомфорт во время обычной жизни?

20. Какое функциональное ограничение в вашем организме доставляет не очень сильный дискомфорт, но является для вас существенным, раздражающим?

21. Есть ли у вас хобби, увлечения на данный момент? Какие?

22. Есть ли вид спорта, который вам нравился или нравится? (Смотреть/заниматься)

23. Какие процедуры двигательной реабилитации вы посещаете регулярно?

24. Какие процедуры реабилитации вы посещаете периодически или курсом?

25. Какие процедуры реабилитации вам кажутся наиболее эффективными для вас?

26. Какие процедуры и методы реабилитации из тех, что вы посещали, для вас оказались неприемлемы?

27. Когда в последний раз вы находились в медицинском стационаре?

(по возможности приложите скан/фото выписного эпикриза)

28. Клинический диагноз, в связи с которым требуется реабилитация

*Приложите, пожалуйста, к анкете скан/фото выписки из амбулаторной карты и/или заключения наблюдающих вас врачей и других специалистов.*

*– Отправляя эти данные я соглашаюсь с Условиями предоставления и обработки персональных данных, описанных на странице Соглашения в качестве оферты.*

*Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*