

**KARTA INFORMACYJNO POMIAROWA**

Nr .....

**ALREH**  
M E D I C A L

1. Imię i nazwisko użytkownika:

**JAN KOWALSKI**

2. Adres zamieszkania:

**ul. SPORTOWA 6; ŁÓDŹ**3. Tel./fax/e-mail: **42/ 634 21 18; KOWALSKI@gmail.com**4. Wiek: **30 LAT**5. Płeć: **M**

6. Podstawowe parametry ciała:

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| W | waga [kg]  | <b>90</b>   |  |
| A | wzrost [cm]  | <b>188</b>  |  |
| B | szerokość miednicy [cm]                                  | <b>42</b>   |  |
| C | głębokość miednicy [cm]                                  | <b>20</b>   |  |
| D | obwód miednicy [cm]                                      | <b>101</b>  |  |
| E | wysokość od podeszwy obuwia do osi stawu kolanowego [cm] | <b>45</b>   |  |
| F | wysokość od podeszwy obuwia do osi stawu biodrowego [cm] | <b>119</b>  |  |
| G | wysokość od podeszwy obuwia do dołu pachowego [cm]       | <b>158</b>  |  |
|   | obwód klatki piersiowej [cm]                             | <b>105</b>  |  |
|   | rozmiar noszonego obuwia                                 | <b>30cm</b> |  |

7. Przyczyna porażenia kończyn/rodzaj porażenia:

**Th4-Th5 – wypadek komunikacyjny**8. Ilość lat przebywania na wózku: **2 lata**

9. Informacje na temat dotychczasowej pionizacji (jak często, w jaki sposób) :

**raz w tygodniu w ośrodku rehabilitacyjnym**

|   |   |
|---|---|
| 10. Informacje na temat sprawności rąk:<br>..... <b>ręce w pełni sprawne, silne</b> .....<br>.....<br>.....   |   |
| 11. Informacje na temat przykurczy i innych deformacji ciała:<br>..... <b>brak przykurczy, lekka spastyka</b> .....<br>.....<br>.....<br>.....  |   |
| 12. Ogólna sprawność fizyczna: <del>b. dobra</del> , <b>dobra</b> , <del>średnia</del> , <del>słaba</del> .   |   |
| 13. Miejsce użytkowania pionizatora (proszę podać powierzchnię pomieszczenia i główne bariery):<br><b>pokój ok. 25 m<sup>2</sup>, latem możliwość pionizacji na dworze – równy teren (kostka brukowa)</b><br>.....<br>.....<br>.....                    |   |
| 14. Kto będzie pomagał podczas ćwiczeń w pionizatorze?<br>..... <b>pacjent chce być jak najbardziej samodzielny</b> .....<br>.....<br>.....   |   |
| 15. Zalecany model pionizatora:<br>..... <b>Master Dynamic Active Drive + system RehaGym</b> .....  |   |
| 16. Osoba dokonująca pomiaru:<br>..... <b>żona Emilia Kowalska</b> .....<br>tel.: <b>786-586-888</b>  |   |
| 17. Data dokonania pomiaru/podpis osoby wykonującej pomiar:   | <b>10.05.2013 E.Kowalska</b>  |
| 18. Podpis użytkownika lub opiekuna:  | ..... <b>J. Kowalski</b> .....  |
| *Numer karty pomiarowej nadaje Dział Obsługi Klienta firmy Alreh Medical.<br><br>UWAGA:<br>W przypadku pytań lub jakichkolwiek wątpliwości, które mogą pojawić się podczas wypełniania niniejszej karty, prosimy o kontakt z działem technicznym firmy. |   |
| ALREH Medical Sp. z o. o.<br>ul. Złotno 135<br>94 – 315 Łódź<br>tel. / fax. 00 48 42 634 22 14  | <a href="http://www.alreh.pl">www.alreh.pl</a><br><br>office@alreh.pl |