

Форма для замеров антропометрических данных

ALREH
M E D I C A L

1. Фамилия имя отчество:

.....
.....

2.: Адрес проживания:

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

3. телефон дом /моб /e-mail:

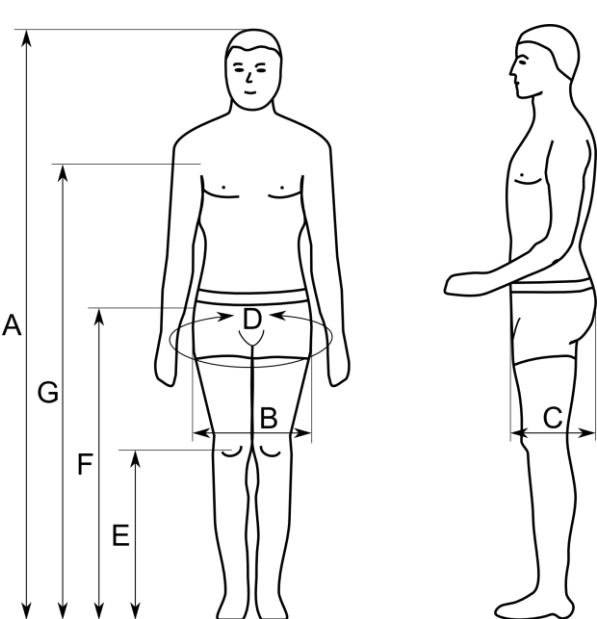
.....

4. возраст:

5. Пол: муж\ жен

6. Основные параметры тела:

W	Вес [кг]	
A	высота [см]	
B	ширина таза [см]	
C	глубина таза [см]	
D	окружности таза [см]	
E	Расстояние между основанием ступни и коленной чашечкой [см]	
F	Расстояние между основанием ступни и уровнем поясницы [см.]	
G	Расстояние между основанием ступни и подмышечной впадиной [см.]	
	окружность грудной клетки [см]	
	Размер обуви	



7. Диагноз по инвалидности (тетраплегия/ квадроплегия)

Причина инвалидности:

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

8. Количество лет проживания в инвалидной коляске:

9. Способ и средства вертикализации, используемые сейчас:	
10. Информация о состоянии плечевого пояса, силе рук:	
11. Информация о контрактурах и других деформациях тела:	
12. Общая физическая подготовка: очень хорошее, хорошее, среднее, плохое.	
13. Место использовать стоячую кадр (пожалуйста, укажите площадь комнаты и основных барьеров):.....	
14. Есть ли возможность помощи при тренировке другою лица: да/ нет	
15. Рекомендованный модель пароподиума (динамический, динамический на колесах, статический, с / без системой вертикализации):	
16. Лицо, выполнившее замеры и его контактные данные: телефон:	
17. Дата проведения измерения / подписью лица, осуществляющего измерение:
18. Подпись пользователя или опекуна:
<p>ПРИМЕЧАНИЕ: Если у вас есть вопросы или любые проблемы, которые могут возникнуть во время заполнения этой карты, пожалуйста, свяжитесь с техническим отделом компании.</p>	
ALREN Medical Sp. z o. o. ul. Złotno 135 94 – 315 Łódź tel. / fax. 00 48 42 634 22 14	
www.alreh.pl office@alreh.pl	