

KARTA INFORMACYJNO POMIAROWA

Nr/.....

ALREH
M E D I C A L

1. Imię i nazwisko użytkownika:

.....
.....

2. Adres zamieszkania:

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

3. Tel./fax/e-mail:

.....

4. Wiek:

5. Płeć:

6. Podstawowe parametry ciała:

W	waga [kg]	
A	wzrost [cm]	
B	szerokość miednicy [cm]	
C	głębokość miednicy [cm]	
D	obwód miednicy [cm]	
E	wysokość od podeszwy obuwia do osi stawu kolanowego [cm]	
F	wysokość od podeszwy obuwia do osi stawu biodrowego [cm]	
G	wysokość od podeszwy obuwia do dołu pachowego [cm]	
	obwód klatki piersiowej [cm]	
	rozmiar noszonego obuwia	

7. Przyczyna porażenia kończyn/rodzaj porażenia:

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

8. Ilość lat przebywania na wózku:

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

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

10. Informacje na temat sprawności rąk:	
11. Informacje na temat przykurczy i innych deformacji ciała:	
12. Ogólna sprawność fizyczna: b. dobra, dobra, średnia, słaba.	
13. Miejsce użytkowania pionizatora (proszę podać powierzchnię pomieszczenia i główne bariery):	
14. Kto będzie pomagał podczas ćwiczeń w pionizatorze?	
15. Osoba dokonująca pomiaru: tel.:	
16. Data dokonania pomiaru/podpis osoby wykonującej pomiar:
<p>UWAGA:</p> <p>1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zamówienia oraz do celów archiwizacyjnych, do rozpatrywania ewentualnych roszczeń gwarancyjnych i pogwarancyjnych Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zamówienia.</p> <p>2. Zapoznałem/am się z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawie dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania.</p> <p>3. Administratorem danych osobowych jest ALREH Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, 02-032 ul Filtrowa 81/27; numer KRS 0000226386</p> <p>Podpis osoby, której dane dotyczą lub opiekuna:</p>	
<p>UWAGA:</p> <p>W przypadku pytań lub jakichkolwiek wątpliwości, które mogą pojawić się podczas wypełniania niniejszej karty, prosimy o kontakt z działem technicznym firmy.</p>	
<p>ALREH Medical Sp. z o. o. ul. Złotno 135 94 – 315 Łódź tel. / fax. 00 48 42 634 22 14</p> <p style="text-align: right;">www.alreh.pl office@alreh.pl</p>	