

# KARTA INFORMACYJNO POMIAROWA

Nr ...../.....



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. Zalecany model pionizatora: .....	
16. Osoba dokonująca pomiaru: ..... tel.: .....	
17. Data dokonania pomiaru/podpis osoby wykonującej pomiar:	.....
18. Podpis użytkownika lub opiekuna:	.....
*Numer karty pomiarowej nadaje Dział Obsługi Klienta firmy Alreh Medical.	
<p><b>UWAGA:</b>  W przypadku pytań lub jakichkolwiek wątpliwości, które mogą pojawić się podczas wypełniania niniejszej karty, prosimy o kontakt z działem technicznym firmy.</p>	
ALREH Medical Sp. z o. o. ul. Złotno 135 94 – 315 Łódź tel. / fax. 00 48 42 634 22 14	
<a href="http://www.alreh.pl">www.alreh.pl</a> office@alreh.pl	