

.....  
imię i nazwisko

.....  
data, miejscowość

.....  
adres zamieszkania

## **ZAŁĄCZNIK 2**

### **OPIS ZDARZENIA, W ZWIĄZKU Z KTÓRYM NASTĄPIŁA AMPUTACJA**

W związku z wieloma przyczynami amputacji (nie wykluczając również wad wrodzonych braku kończyn) prosimy charakterystykę Pani / Pana sytuacji. Informacje te są potrzebne w celu ustalenia kierunku i zakresu działań pomocowych.

#### **1. Kiedy i z jakiego powodu doszło do amputacji?**

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

#### **2. Jaki to rodzaj amputacji (kończyna górna / dolna, poziom amputacji, prawa / lewa)?**

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

#### **3. Jak przebiegało leczenie?**

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

4. Czy w trakcie pobytu w szpitalu miała Pani / miał Pan kontakt z psychologiem?

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

5. Czy w szpitalu zostały Pani / Panu przedstawione możliwości w zakresie rehabilitacji i protezowania?

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

6. Czy w związku ze zdarzeniem (wypadkiem) przysługuje Pani / Panu odszkodowanie?  
Czy zostało przyznane?

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

7. Czy w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie, mające na celu ustalenie winnych zdarzenia?

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

8. Czy posiada Pani / Pan protezę? Która to z kolei proteza?

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

9. Kiedy i gdzie była wykonana? Dlaczego wymaga wymiany?

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

10. Czy jest Pani / Pan zadowolony z użytkowania obecnej protezy?

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

11. Do jakiej placówki rehabilitacyjnej trafiła Pani / trafił Pan po amputacji?

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

12. Czy była Pani / był Pan zadowolony / -a z efektów pierwszej rehabilitacji?

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

13. Czy obecnie potrzebuje Pani / Pan skorzystać z kolejnych usług fizjoterapeutycznych?  
W jakim celu?

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

.....  
czytelny podpis