

.....
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