

Wywiad z rodzicem dotyczący stanu zdrowia dziecka przed fizjoterapią z wykorzystaniem elektrostymulacji

Imię i Nazwisko dziecka:

Adres zamieszkania:

Tel. Rodzica/opiekuna prawnego:

Data urodzenia: Wzrost (cm): Waga (kg):

Pytania o stan zdrowia:

Czy Twój lekarz kiedykolwiek stwierdził, że dziecko ma problemy kardiologiczne? TAK/NIE

Czy dziecko posiada rozrusznik serca? TAK/NIE

Czy dziecko skarży się na ból w klatce piersiowej podczas wysiłku? TAK/NIE

Czy dziecko kiedykolwiek miało atak epilepsji? TAK/NIE

Czy dziecko było operowane w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK/NIE

Czy kiedykolwiek stwierdzono u dziecka chorobę nowotworową? TAK/NIE

Czy stan zdrowia/przypadłość medyczna dziecka może powodować ból/ ograniczenia, które trzeba wziąć pod uwagę podczas układania programu terapii? TAK/NIE

Czy dziecko ma kontuzje lub problemy natury ortopedycznej? TAK/NIE

Czy dziecko ma na ciele jakieś uszkodzenia skóry (rany, oparzenia, itp.) TAK/NIE

Czy są inne choroby/przeciwwskazania medyczne, o których powinien wiedzieć terapeuta? TAK/NIE

Jeżeli na jedno lub więcej pytań odpowiedzią jest „TAK”, sprecyzuj:

.....
.....

Czy regularnie zażywasz jakieś leki? TAK/NIE

Jeśli TAK jakie:

Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka

.....

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i prawidłowe. Jestem świadoma/y faktu, że terapeuta, który przeprowadzi terapię nie będzie pociągnięty do odpowiedzialności w przypadku wypadku spowodowanego zastosowaniem EMS, spowodowanego nieprawdziwymi informacjami podanymi w kwestionariuszu medycznym.

Miejscowość i data: Podpis Rodzica/opiekuna prawnego: