

# next STEP UKRAINE

**08200**

**м. Ірпінь, Гостомельське шосе 24/1**

**Контактний телефон: +38(068)740-7262**

**E-mail: NextStepUkraine@gmail.com**

## **Анкета**

**Примітка:** прохання надавати всю інформацію правдиво та об'єктивно, для кращого розуміння ситуації та продуктивнішої взаємодії в процесі реабілітації.

Заповнення цієї форми не гарантує Вам проходження реабілітації в центрі. Усі форми будуть роглянуті, для вирішення Вашої участі в програмі реабілітації. Керівництво центру залишає за собою право відмовитися від надання послуг.

## **Персональна та контактна інформація**

ПІБ: \_\_\_\_\_

Дата народження (дд.мм.рр.): \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

Країна: \_\_\_\_\_ Місто: \_\_\_\_\_

Домашня адреса: \_\_\_\_\_

## **Контактні дані людини (родич, друг і т.д.), у разі виникнення екстренної ситуації:**

ПІБ: \_\_\_\_\_

Хто він є для Вас: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

## **Медична інформація**

Повний медичний

діагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата травми: \_\_\_\_\_

Чи є супутні захворювання? Які? (гіпертонія, гіпотонія, діабет, серцево-судинні захворювання, алергія, бронхіальна астма, запалення сечового міхура чи нирок, напади епілепсії, інше):

---

---

---

Чи проходили раніше реабілітацію? Якщо так, то де і коли?

---

---

---

Наявність зонду, гастростоми, трахеостоми тощо?

Чи маєте відлежини або інші рани? (локалізація):

---

---

Чи маєте контрактури? (вказати де):

---

---

Чи є протипокази до фізичних навантажень? \_\_\_\_\_

Чи можете виконати наступні завдання?

Самообслуговування:

Завдання	Виконую самостійно	Виконую частково або з допомогою	Виконує інша особа
Прийом їжі			
Одягання/роздягання верхньої частини тіла			
Одягання/роздягання нижньої частини тіла			
Прийом ванни/душу			
Туалет			

Мобільність:

Завдання	Виконую самостійно	Виконую частково або з допомогою	Виконує інша особа
Повертання в ліжку (на боки, живіт)			
Переміщення із положення лежачи в			

положення сидячи			
Переміщення з ліжка у візок і навпаки			
Переміщення на туалет			

Переміщення в межах дому:

Переміщення в межах дому	Виконую самостійно	Виконую частково або з допомогою	Виконує інша особа
На візку			
З допоміжними засобами (палички, милиці, ходунці)			
Самостійно без допоміжних засобів			

Переміщення поза межами дому:

Переміщення поза межами дому	Виконую самостійно	Виконую частково або з допомогою	Виконує інша особа
На візку			
З допоміжними засобами (палички, милиці, ходунці)			
Самостійно без допоміжних засобів			

Будь ласка, вкажіть всі медикаменти які Ви зараз приймаєте, включаючи тип ліків, дозування та для чого:

Медикаменти:  
(функція):

Дозування:

Для чого

---



---



---



---



---



---

Ви військова особа чи цивільна?: \_\_\_\_\_

Якщо військова (учасник АТО), серія та номер УБД:

\_\_\_\_\_

**Якщо у Вас залишились запитання, надішліть нам своє повідомлення, і ми надамо Вам відповідь в найкоротші терміни:**

Ім'я: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Запитання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

або зателефонуйте за номером: +38(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



Директор Сташків Юлія  
Revived Soldiers Ukraine Kyiv Office  
Ірпінь, вул. Гостомельське шосе 24/1  
+38-067-238-4328 / NextStepUkraine@gmail.com  
[www.rsukraine.org](http://www.rsukraine.org)