



.....  
Pieczęć oddziału

**KARTA IPD**

Uczestnika projektu „DROGA DO SPRAWNOŚCI”

.....  
Imię/imiona

.....  
Nazwisko

.....  
Ulica, numer

.....  
Kod pocztowy, miejscowość

.....  
Numer telefonu

.....  
e-mail

.....  
PESEL

.....  
Uczestnictwo w WTZ:  
Warsztatach Terapii Zajęciowej (nie  
uczestniczył/a, absolwent)

.....  
Stopień niepełnosprawności

.....  
Przyczyna niepełnosprawności: narząd ruchu,  
ogólny stan zdrowia, inny – jaki?



**CZĘŚĆ I – REHABILITANT**

Stan początkowy/ Stan końcowy

1. Ocena stanu narządu ruchu: (gdzie: 0 – brak zaburzenia, 3 – średnie, 5 – znaczne)

Sprawność kończyn górnych	0	1	2	3	4	5
Sprawność dłoni	0	1	2	3	4	5
Sprawność kończyn dolnych	0	1	2	3	4	5
Zbornosć ruchów	0	1	2	3	4	5
Zaburzenia równowagi	0	1	2	3	4	5
Spastyczność	0	1	2	3	4	5
INNE	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5

2. Ocena stanu czynności  
fizjologicznych

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. Inne zaburzenia stwierdzone przez beneficjenta (np. mowy, wzroku, słuchu):

	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5

4. Zalecenia fizjoterapeuty (w porozumieniu z beneficjentem) co do sposobów, metod i indywidualnego programu rehabilitacji:

.....

.....

.....



5. Czy są przeciwwskazania do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych?  Tak  Nie  
Jeśli tak, to w których zajęciach beneficjent nie powinien uczestniczyć?

.....  
.....

6. Jak ocenia Pan/i prawdopodobieństwo realizacji przez siebie celu projektu zwiększenia samodzielności?

Bardzo duże     duże     średnie     Małe     Bardzo małe

\* poprzez cel zadania rozumie się zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez udzielenie kompleksowego wsparcia w warunkach domowych osobom długotrwale chorym mającym na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania.

7. Uwagi

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

.....  
podpis beneficjenta

.....  
data i podpis rehabilitanta