

Форма для замеров антропометрических данных



Фамилия, имя, отчество

.....

Адрес проживания / регистрации

.....

.....

Телефон дом./ моб., email

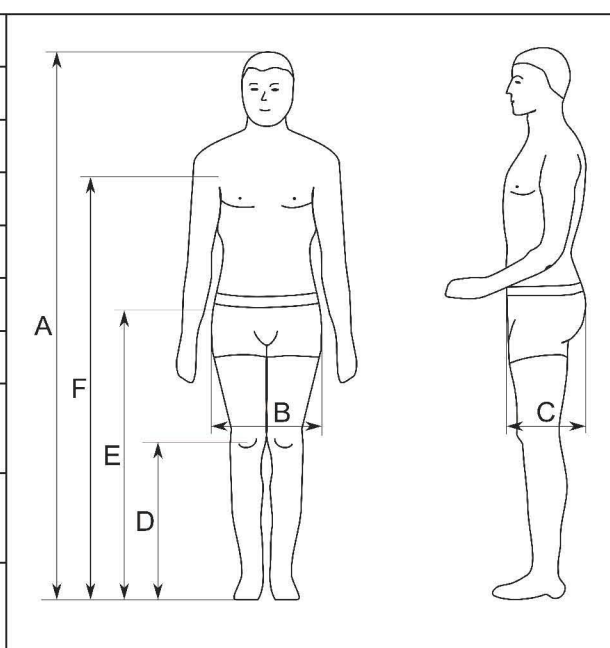
.....

Возраст

Пол (муж/жен) :

Основные параметры тела:

A	Высота (см)	
	Вес (кг)	
B	Ширина таза(см)	
C	Глубина таза (см)	
	Периметр таза (см)	
	Периметр груди (см)	
	Размер обуви	
D	Расстояние между основанием ступни и коленной чашечкой	
E	Расстояние между основанием ступни и уровнем поясницы	
F	Расстояние между основанием ступни и подмышечной впадиной	



Диагноз по инвалидности (тетраплегия/ квадролегия)

Причина инвалидности:

.....

.....

.....

.....

Стаж колясочника (лет)

Способ и средства вертикализации, используемые сейчас:

.....

.....

.....

.....

Информация о состоянии плечевого пояса, силе рук:

Информация о контрактурах и других особенностях (нарушениях) строения тела:

Общее физическое состояние организма (очень хорошее, хорошее, среднее, плохое, очень плохое):

Планируемое место использования параподиума (улица, квартира, все сразу):

Есть ли возможность помощи при тренировке другого лица (да, нет):

Рекомендованный тип рамы параподиума (динамический параподиум, статический параподиум, на колесах, без колес, с/ без системой вертикализации)

Лицо, выполнившее замеры и его контактные данные:

Дата проведения замеров:

Подпись пользователя или опекуна:

Номер данного документа присваивается уполномоченным представителем компании ALREN MEDICAL в вашем регионе. При возникновении вопросов просим обращаться в службу поддержки уполномоченного представителя в вашем регионе:

**Эксклюзивный представитель компании ALREN MEDICAL www.alreh.pl в Российской Федерации:
Компания ООО "Медицинские Системы Терапии Движением" www.motomedtech.ru
Телефон в Москве +7 495 228 06 23 email: info@motomedtech.ru**