

Sheet1

Imię	
Nazwisko	
Wzrost	
Wiek	
Waga	
Rodzaj schorzenia	
Stopień niepełnosprawności	
Epilepsja (czy była, czy jest, jakie leki)	
Ataksja (czy jest i w jakim stopniu)	
Dyskopatia wielopoziomowa	
Sposób poruszania się (czy samodzielny, jeśli nie to przy pomocy jakich przyrządów). Proszę opisać w miarę szczegółowo (sposób poruszania się, nie przyrządy)	
Stabilność w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa	
Kłopoty z równowagą, błędnikiem	
Czy uczestnik pozostaje pod opieką kardiologa/ ma problemy kardiologiczne	
Czy uczestnik jest pod opieką fizjoterapeuty	
Czy uczestnik uprawia aktywność fizyczną (jaką)	
Inne uwagi o stanie zdrowia	