

KARTA INFORMACYJNA /wypełniają rodzice i lekarz/

**Turnus usprawniająco-rekreacyjny w terminie od 27 czerwca do 11 lipca 2026 r.
w Ośrodku Rehabilitacji i Szkolenia im. Józefa Buczkowskiego w Bydgoszczy**

Imię i nazwisko dziecka

1. Numer PESEL dziecka

2. Data urodzenia.

3. Imiona rodziców i PESEL

4. Miejsce zamieszkania, adres, telefon, adres mailowy
.....
.....

5. Placówka edukacyjna do której uczęszcza dziecko – nazwa, adres
.....
.....

6. W jaki sposób dziecko funkcjonuje wzrokowo (proszę podkreślić właściwe)
a) Niewidome
b) Niewidome z poczuciem światła
c) Słabowidzące z obniżoną ostrością wzroku
d) Słabowidzące z zawężonym polem widzenia

7. Data utraty wzroku lub obniżenia możliwości wzrokowych
a/ od urodzenia
b/ od.....roku życia
c/ trudno określić, stopniowo

8.Przyczyny utraty wzroku lub obniżenia możliwości wzrokowych, nazwa schorzenia
.....
.....

9. W jaki sposób porusza się dziecko w przestrzeni otwartej (proszę podkreślić właściwe)
a. samodzielnie z wykorzystaniem wzroku
b. z przewodnikiem widzącym
c. samodzielnie z białą laską
d. samodzielnie z wykorzystaniem pomocy optycznych (jakich?)
.....

10. Czy w codziennym funkcjonowaniu dziecko zmagają się z dodatkowymi niepełnosprawnościami/zaburzeniami rozwoju/chorobami przewlekłymi? (proszę podkreślić właściwe)

- całościowe zaburzenia rozwojowe: autyzm dziecięcy, zespół Aspergera, zespół Retta, zespół Hallera
- niepełnosprawność intelektualna: w stopniu lekkim, w stopniu umiarkowanym, w stopniu znacznym
- MPD
- niepełnosprawność ruchowa
- ubytek słuchu: lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki
- padaczka
- ADHD
- inne

jakie?.....

11. Które z wymienionych czynności samoobsługowych dziecko wykonuje samodzielnie (S), a które z pomocą (P) (proszę wpisać odpowiednią literę obok czynności)

- Jedzenie za pomocą sztućców
- Mycie całego ciała, rąk buzi,
- Korzystanie z toalety
- Ubieranie się
- Obsługa komputera
- Odrabianie lekcji

12. Z jakiej techniki czytania/pisania korzysta dziecko? (proszę podkreślić właściwe)

- a) Braille
- b) Druk powiększony – wielkość czcionki
- c) Druk zwykły

13. Czy dziecko ma alergię (jeżeli tak na co?)

.....

14. Czy dziecko potrzebuje diety (jeżeli tak to jakiej).....

.....

15. Z jakich zajęć rehabilitacyjnych korzysta dziecko w ciągu roku i w jakim wymiarze godzin?

Opinia lekarska

18. Czy oprócz dysfunkcji wzroku dziecko ma inne trwałe problemy ze zdrowiem? /odpowiednie podkreślić/ Tak Nie
Jeśli tak, to jakie?

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

19. Na jakie leki dziecko jest uczulone:.....

20. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką , kiedy?)

.....

21. Przy dysfunkcji narządu ruchu, schorzeniach neurologicznych prosimy uwzględniając dotychczasowy przebieg rehabilitacji o wskazania w odniesieniu do dalszej rehabilitacji:

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

b) ewentualnie przeciwwskazania

Jeśli tak, to jakie?

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

.....

.....

(Miejscowość, data)

(Podpis i pieczęć lekarza)