data Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**KARTA ZGŁOSZENIA NA INDYWIDUALNĄ INTENSYWNĄ TERAPIĘ AFAZJI – APTA**

Terapia przeznaczona jest dla pacjentów mobilnych (chodzących i poruszających się na wózkach) po udarze/urazie/ z chorobami neurologicznymi z zaburzeniami mowy o typie:

* afazji – trudności w rozumieniu / mówieniu / pisaniu / czytaniu
* dyzartrii – trudności z artykulacją, mowa bełkotliwa
* dysfagią – zaburzenia połykania
* niesprawnością ręki.

Program terapii dostosowany jest indywidualnie do potrzeb oraz możliwości psychofizycznych pacjenta i specjalnie dla niego opracowany. Istnieje możliwość uzgodnienia:

- formy terapii – zależy od potrzeb i priorytetów pacjenta

- ilości zajęć w tygodniu – zależy od możliwości pacjenta oraz protokołów terapii

- ilości godzin dziennie – zależy od wytrzymałości pacjenta i protokołów terapii

Cena zależy od rodzajów terapii oraz ilości godzin. Płatność należy dokonywać z góry za tydzień zajęć.

Dni i godziny zajęć będą proponowane i uzgadniane w miarę wolnych terminów.

Zajęcia odbywają się w AFALOG Centrum przy Al. Powstańców Wielkopolskich 24/1A w Bydgoszczy w wyznaczonych godzinach.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| imię i nazwisko pacjenta | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | adres zamieszkania | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| wiek | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | nr telefonu do kontaktu | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| lateralizacja – prawo czy leworęczny | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | osoba do kontaktu | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| wykształcenie  i wykonywany zawód | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | data udaru/ urazu | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| rozpoznanie medyczne  udar/ uraz/ inne | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| choroby towarzyszące | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| aktualny stan funkcjonowania pacjenta  - mowa  -poruszanie się  -sprawność ręki  -inne | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| Ilość dni zajęć w tygodniu  od 1 do 5 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | | |
| Proszę zaznaczyć, jaką formą terapii jesteście Państwo zainteresowani | terapia mowy | terapia ręki | | stymulacja mózgu tDCS | | masaż ciała |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |