

فرم پذیرش اولیه توانخواه

فرم شماره 1



تاریخ:
شماره پرونده:

الف) مشخصات توانخواه:

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: محل تولد:
ش.ش: کد ملی: صادره از: وضعیت بیمه:

ب) مشخصات اعضای خانواده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت	تحصیلات	وضعیت جسمانی و روانی	شغل	ملاحظات

گزارش مددکاری:

امضاء مددکاری

گزارش تیم توانبخشی پزشکی (وضع عمومی معلول ذهنی - تشخیص اولیه - خدمات پزشکی و پرستاری مورد نیاز)
الف) پزشک: امضاء پزشک

امضاء روانپزشک

ب) روانپزشک:

گزارش روانشناس بالینی (خدمات مشاوره های مورد نیاز و ارجاعات لازم):

امضاء و مهر

گزارش کار درمانگر :

امضاء و مهر

گزارش گفتار درمانگر :

امضاء و مهر

گزارش فیزیوتراپ :

امضاء و مهر

گزارش فیزیولوژیست ورزش :

امضاء و مهر

نظریه مسئول برنامه ریزی و آموزش مؤسسه :

مطالب فوق مورد تأیید است
مسئول برنامه ریزی و آموزش مؤسسه

تأیید نهایی رئیس مرکز جامع توانبخشی همدان :

جعفر شیرازی نیا

مهر و امضاء