



- Czy pacjent/-ka ma rozrusznik serca?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje hipotonia ortostatyczna (powodująca omdlenie przy przyjęciu pozycji pionowej)?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma różnicę w długości nóg większą niż 1,5cm, która nie jest skorygowana za pomocą obuwia?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje przykurcz zgięciowy w stawie biodrowym (brak biernego wyprost)?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje przykurcz w stawie kolanowym (deficyt wyprost powyżej 20°)?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki przykurcz w stawie skokowym uniemożliwia ustawienie stopy w pozycji zerowej?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma słabą kontrolę głowy i tułowia (tj. nie jest w stanie swobodnie siedzieć na krawędzi łóżka przez 60 sekund z podniesioną głową)?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma zwichnięte biodro?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma podwichnięte biodro? (przeciwwskazanie względne – do indywidualnej oceny fizjoterapeuty)
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma niestabilne złamanie lub niewyleczone do końca złamanie?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje zaawansowana skolioza (powyżej 50 stopni) lub inne poważne dysproporcje w rozwoju kręgosłupa?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje aktywna, nieustabilizowana lekowo padaczka?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma ciężką spastyczność (ocena 4 w skali Ashworth)?
 TAK NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje osteoporoza?
 TAK NIE
- Czy pacjent/-ka ma zakrzepicę żył głębokich?
 TAK NIE



- Czy u pacjenta/-ki występuje zapalenie stawów kończyn dolnych z obrzękiem, zaczerwienieniem i podwyższoną temperaturą wokół stawu?

TAK NIE

- Czy pacjent/-ka ma zaburzenia współpracy lub poważne deficyty poznawcze i kognitywne?

TAK NIE

- Czy u pacjenta/-ki występują zaburzenia nerwicowe i problemy psychiatryczne?

TAK NIE

- Czy u pacjenta/-ki występuje aktywna choroba nowotworowa?

TAK NIE

- Czy pacjent/-ka ma świeże i duże odleżyny oraz trudno gojące się zmiany skórne zwłaszcza na obszarach skóry (tułów oraz kończyny dolne) mających kontakt z kamizelką/urządzeniem?

TAK NIE

- Czy pacjent/-ka ma worek kolostomijny lub PEGa? (przeciwwskazanie względne – do indywidualnej oceny fizjoterapeuty)

TAK NIE

- Czy pacjentka jest w ciąży?

TAK NIE

*Stwierdzam, że(imię i nazwisko)

nie ma przeciwwskazań **ma przeciwwskazania**

do terapii lokomotorycznej na urządzeniu G-EO.

.....
Data

.....
Imię, nazwisko, pieczętka i podpis lekarza