

Karta pomiaru

Data: _____

Imię I nazwisko pacjenta: : _____

Adres pacjenta _____

Diagnoza: _____

Data urodzenia: _____

Skierowany: Nazwisko : _____

Szpital / poradnia: _____

Rodzic / opiekun: _____

Telefon: _____

Email: _____

1. Ocena zdolności ruchowej dziecka:
Chodzące, stojące, siedzące, leżące

2. Napięcie mięśniowe:

3. Czy dziecko ma sondę PEG / STOMIA

4. Czy dziecko używa respiratora

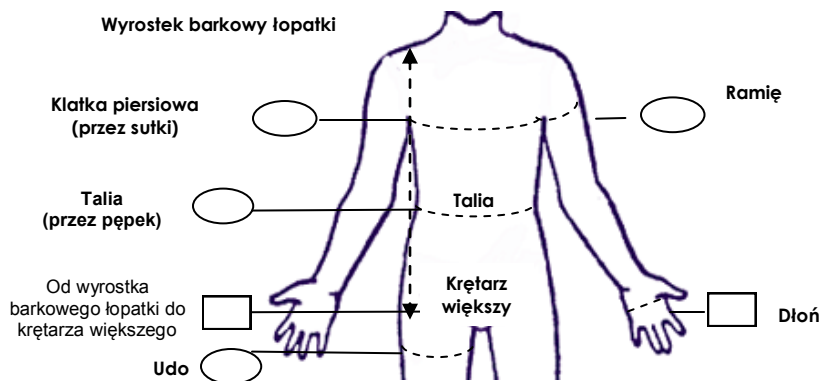
5. Czy występują zaburzenia integracji sensorycznej

Czy występują przeciwwskazania do użytkowania ortez kompresyjnych takie jak:

- | | |
|--|--|
| 1. epilepsja wywołwana podwyższeniem temperatury ciała | TAK / NIE |
| 2. uczulenie na silicon / lycrę / neopren | TAK / NIE |
| 3. niewydolność oddechowa znacznego stopnia | TAK / NIE |
| 4. Problemy kardiologiczne | TAK / NIE jeżeli tak - wymagana konsultacja kardiologiczna |

Informacje dodatkowe:

Osoba dokonująca pomiaru: _____ Telefon: _____



Klucz pomiaru:

Długość

Obwód

Rozmiar / Nr kat.	UWAGI / reakcja dziecka na produkt

- Wyrażam zgodę na badanie dziecka w celu dokonania pomiaru niezbędnego do dobrania prawidłowego rozmiaru ortez kompresyjnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zawartych w karcie pomiaru I formularzu zamówienia dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu zamówienia (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883)

_____ Data I podpis klienta

DANE DO FAKTURY:

Osoba do kontaktu: _____

Telefon: _____

Email: _____

NIP : _____

Płatność: gotówka ____ pobranie ____ przedpłata ____

Refundacja NFZ: **TAK / NIE**

Dostawa : _____

Telefon _____

Informacje dodatkowe: _____

Ilość	Rozmiar / Nr kat.	Opis	Cena	Razem
			Wartość towaru	
			Dostawa	
			NFZ	
			Należność	

Warunki realizacji zamówienia

1. Podstawą rozpoczęcia procesu realizacji zamówienia jest dostarczenie do Stanley sp. z o.o. wypełnionego formularza zamówienia.
2. Po otrzymaniu formularza zamówienia oraz danych o płatniku, Stanley sp. z o.o. przygotowuje dokumenty wymagane przez płatnika.
3. Czas realizacji zamówienia na wyroby standardowe wynosi od 1 do 6 tygodni.
4. Rodzic / opiekun zobowiązuje się do zapłacenia całej wartości produktu oraz ustalenia daty odbioru ortez do 7 dni od otrzymania informacji od Stanley sp. z o.o.
5. Przed pierwszym założeniem ortez prosimy o zapoznanie się z instrukcją obsługi i użytkowania dołączoną do produktu.
6. Produkt podlega 12 gwarancji producenta.
7. Kupującemu nie przysługuje prawo odstąpienia od umowy, której przedmiotem są produkty lecznicze i wyroby medyczne. Produkt leczniczy lub medyczny może być zgodnie z .96 ust. 6 ustawy z dnia 6.09.2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 nr 45 poz. 271) zwracany wyłącznie z powodu wady jakościowej lub jego niewłaściwego wydania.
8. Wszystkie zastrzeżenia i reklamacje powinny być zgłoszone pisemnie lub mailowo. Reklamacje zgłaszane telefonicznie nie będą rozpatrywane. Warunkiem przyjęcia reklamacji ortez jest przestanie wypełnionego zgłoszenia reklamacji (formularz dostępny na stronie .stanley.poznan.pl) wraz z reklamowanym produktem na adres Stanley sp. z o.o., 61-544 Poznań ul. 28 Czerwca 1956r nr 135.

Powyższe warunki zrozumiałem/łam i zaakceptowałem/łam_____
Data i podpis klienta