VR TierOne

Leczenie depresji i stanów lękowych
za pomocą Wirtualnej Rzeczywistości

pieczątka

FORMULARZ KWALIFIKACJI PACJENTA
Terapia VR TierOne

1. DANE OSOBOWE

Proszę wypełnić poniższe dane:

IMIĘ I NAZWISKO .....

DATA URODZENIA .....

PESEL .....

NUMER TELEFONU .....

2. PRZECIWWSKAZANIA DO TERAPII

Poniższe schorzenia dyskwalifikują z możliwości udziału w terapii VR TierOne.
Proszę zaznaczyć odpowiedź, która dotyczy Pana/Pani:

- ☐ Padaczka fotogenna
- ☐ Schizofrenia
- ☐ Objawy wytwórcze (np. urojenia, omamy)
- ☐ Zaburzenia afatyczne*
- ☐ Klaustrofobia
- ☐ Stan rekonwalescencji po operacji w obrębie gałki ocznej (np. operacja zaćmy)
- ☐ Wszczepiony rozrusznik serca lub inne elektroniczne urządzenie medyczne**

*wymagana zdolność rozumienia języka mówionego
**zalecana konsultacja lekarska w zakresie odporności urządzenia na pracę w polu elektromagnetycznym

.....
(data, podpis pacjenta)

3. KWALIFIKACJA DO TERAPII (wypełnia opiekun terapii)

- ☐ Kwalifikacja do terapii
- ☐ Odmowa

.....
(data, podpis opiekuna terapii)