

**АНКЕТА ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ В ОДН ФГБУЗ МЦ «РЕШМА» ФМБА РОССИИ**

**2026**

1) Полные ФИО ребенка \_\_\_\_\_

2) Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

3) Номер полиса ОМС ребенка и населенный пункт, где полис ОМС зарегистрирован в настоящий момент \_\_\_\_\_

4) Полные ФИО законного представителя ребенка \_\_\_\_\_

5) Контактный телефон \_\_\_\_\_

6) Заболевание, по которому планируется реабилитация в МЦ «Решма»:

А) ДЦП (детский церебральный паралич) G 80

Б) ОП ЦНС (органическое поражение центральной нервной системы) G 96.8

В) Гемипарез G 82

7) Имеется ли у ребенка инвалидность?

А) Да Б) Нет

8) Уровень больших моторных функций GMFCS ребенка:

А) Уровень 1 – ходьба без ограничений

Б) Уровень 2 – ходьба с ограничениями

В) Уровень 3 – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения

Г) Уровень 4 – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения

Д) Уровень 5 – перевозка в ручном инвалидном кресле.

9) Понимает ли ребенок обращенную к нему речь?

А) Да Б) Нет В) Частично

10) Выполняет ли ребенок команды взрослых?

А) Да Б) Нет В) Частично

11) Есть ли у ребенка медицинские показания для прохождения реабилитации в сопровождении взрослого члена семьи?

А) Да, сопровождение ребенка до достижения им возраста четырех лет

Б) Да, сопровождение ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека **второй и (или) третьей степеней выраженности** (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) контролю своего поведения)

В) Нет

Г) Я не знаю

12) Планируете ли Вы сопровождать ребенка при прохождении курса реабилитации (в т.ч. за счет личных средств)?

А) Да, в т.ч. за счет личных средств\* Б) Да, если сопровождение будет бесплатно\* В) Нет

13\*) Заполняется при ответе «да» в п. 12

Укажите полные ФИО планируемого сопровождающего лица:

14) Была ли зарегистрирована когда-либо эпилептическая активность?

А) Да\*\*Б) Нет

15\*\*) Заполняется при ответе «да» в п. 14

Когда был последний приступ? \_\_\_\_\_ Длительность ремиссии \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

16) Перечислите все Ваши госпитализации в 2025 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении, и в платных центрах)

- 1) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение,
- 2) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение,
- 3) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение.

17) Перечислите Ваши прошедшие и планируемые госпитализации в 2026 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении, и в платных центрах)

- 1) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение,
- 2) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение,
- 3) С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ название медицинского учреждения и его местонахождение.

18) В который раз Вы планируете посетить МЦ «Решма»?

- А) В первый раз Б) Во второй раз\*\*\* В) В третий раз и более\*\*\*

\*\*\* При ответе Б или В необходимо приложить к письму последнюю скан-копию выписки из МЦ «Решма».

19) Проводилась ли ребенку ботулинотерапия?

- А) Да Б) Нет

20) При наличии показаний для ботулинотерапии, согласны ли Вы на ее проведение?

- А) Да Б) Нет

21) Какие занятия Вы проводите с ребенком вне лечебных учреждений (чем ребенок занимается дома)?

---

---

22) Какова наиболее важная на Ваш взгляд проблема у Вашего ребенка из существующих на сегодняшний день?

- 1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_

23) Каковы Ваши ожидания от госпитализации? (не по медицинским процедурам, а по эффектам от лечения, приобретению ребенком новых навыков, улучшению функционирования)

- 1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_

24) В связи с невозможностью явки лично прошу результат рассмотрения выслать на электронную почту: \_\_\_\_\_

25) С правилами приема пациентов в МЦ «Решма» на 2026 г. ознакомлен/а:

Подпись \_\_\_\_\_/расшифровка  
подписи \_\_\_\_\_

26) На обработку персональных данных ребенка согласен/согласна:

Подпись \_\_\_\_\_/расшифровка  
подписи \_\_\_\_\_

---

**Анкета заполняется от руки либо на компьютере.**

**Подписи в п. 25 и 26 ставятся от руки.**

**На рассмотрение отправляется скан-копия анкеты с оригинальными подписями  
родителя/официального представителя.**

**Анкета в формате ворд и/или без оригинальных подписей принята не будет.**