



فرم عضویت انجمن دیستروفی ایران

Iran Muscular Dystrophy Association (IMDA)

الف) مشخصات فردی	نام پدر:	نام مادر:	تاریخ تحویل مدارک:
نام و نام خانوادگی:	محل تولد:	میزان تحصیلات:	جنسیت:
تاریخ تولد:	کد ملی:	رشته تحصیلی:	رشته تحصیلی:
شغل:		کد پستی:	کد پستی:
آدرس محل سکونت:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	
وضعیت تاهل:	شغل پدر:	شغل مادر:	تعداد خواهر و برادر:

ب) سابقه بیماری

اعضای خانواده درجه اول مبتلا به این بیماری

نام و نام خانوادگی:

عضویت در انجمن: بلی خیر

اعضای خانواده درجه دوم مبتلا به این بیماری

نام و نام خانوادگی:

نسبت مادر و پدر:

عضویت در انجمن: بلی خیر

ج) تشخیص و درمان

سن شروع بیماری:

نوع تشخیص داده شده بیماری:

وسایل کمک حرکتی:

نوع آزمایش های موجود:

داروهای مصرفی:

نام و تخصص پزشک معالج:

نام مرکز فیزیوتراپی و تعداد دفعات کاردرمانی در هفته:

د) خدمات و حمایت ها

شماره پرونده بهزیستی:

شماره پرونده کمیته امداد:

نام و شماره بیمه پایه:

نام بیمه مکمل:

ه) همکاری با انجمن

در چه زمینه هایی مایل به همکاری با انجمن هستید:

چه انتظاراتی از انجمن دارید:
