



Ankieta dla pacjenta zgłaszającego się na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Imię i Nazwisko:

PESEL:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

WIEK:

| |
|--|
| |
|--|

Nr tel.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Proszę zaznaczyć występujące choroby lub problemy zdrowotne.

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | przebyta \ obecna choroba nowotworowa |
| <input type="checkbox"/> | obecność metali lub implantów (rozrusznik \ zespolenia metalowe itp.) |
| <input type="checkbox"/> | tętniaki, krwiaki, naczyniaki |
| <input type="checkbox"/> | choroby serca (stan po zawale, nadciśnienie) |
| <input type="checkbox"/> | osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> | choroby tarczycy |
| <input type="checkbox"/> | stany zapalne skóry |
| <input type="checkbox"/> | wrażliwość na prąd |
| <input type="checkbox"/> | cięża |
| <input type="checkbox"/> | uczulenie na leki |
| <input type="checkbox"/> | inne |

Oświadczam, że udzieliłem/-am wystarczających i prawdziwych informacji na temat mojego zdrowia (mojego dziecka). Zobowiązuje się zgłosić terapeutce każdą zmianę stanu zdrowia w trakcie udzielania zabiegów.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta \ opiekuna prawnego