



Wizyta fizjoterapeutyczna

Imię i Nazwisko Świadczeniobiorcy:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

 płeć K/M

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie ICD 10 :

Wywiad.....

I WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA DATA:	KOŃCOWA WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA DATA:
OCENA FUNKCJI	OCENA FUNKCJI
OCENA SIŁY MIĘŚNIOWEJ (SKALA LOVETA) 0 1 2 3 4 5	OCENA SIŁY MIĘŚNIOWEJ (SKALA LOVETA) 0 1 2 3 4 5
OCENA ZAKRESU RUCHOMOŚCI	OCENA ZAKRESU RUCHOMOŚCI
OCENA BÓLU (SKALA NRS) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	OCENA BÓLU (SKALA NRS) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
OCENA OBRZĘKU OKOLICA: TWARDOŚĆ: 0 1 2 3	OCENA OBRZĘKU OKOLICA: TWARDOŚĆ: 0 1 2 3
* ZMIANA ZABIEGÓW SUGEROWANYCH PRZEZ LEKARZA:	
* AKCEPTACJA ZABIEGÓW SUGEROWANYCH PRZEZ LEKARZA	
INSTRUKTAŻ ĆWICZEŃ / AUTOTERAPIA*	