



OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO SP. Z O.O.
W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

ul. Sokoła 50, 26 - 110 Skarżysko-Kamienna tel. (41) 27-85-001 wew. 106

NIP 663-16-16-647 REGON 010647314

27

.....
Data

Karta badania fizjoterapeutycznego

Imię i Nazwisko:

PESEL:

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

☐ płeć K/M

Rozpoznanie

ICD 10 :

Wiek.....

WYWIAD

(problem/objawy/ czas trwania/ co nasila – co zmiejsz objawy/ dotychczasowe leczenie/
rodzaj wykonywanej pracy/ choroby/ urazy)

.....
.....
.....
.....
.....

Badanie przedmiotowe

.....
.....
.....

Testy

.....
.....
.....

Cel fizjoterapii

.....
.....
.....