

FIZJOTERAPIA DOMOWA**Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne**

Imię i nazwisko pacjenta

Adres

PESEL

telefon

Rozpoznanie (w języku polskim).....

Kod ICD-10

Cel rehabilitacji

Opis dysfunkcji

Uwagi (schorzenia współistniejące, przebyte):.....

Planowany okres leczenia: 20dni 40dni 60dni 80dni

Lp.	Rodzaj zabiegu	Ilość powtórzeń / czas trwania zabiegu	Parametry	Okolica ciała
	Indywidualna praca z pacjentem (ćw. wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo mięśniowej, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia bierne, czynno-bierne)			
	Masaż suchy/ limfatyczny ręczny			
	Pionizacja			
	Nauka czynności lokomocji			
	Elektrostymulacja			
	Prądy TENS			
	Laseroterapia punktowa			
	Ćwiczenia: - wspomagane – czynne wolne, czynne z oporem - czynne w odciążeniu i czynne w odciąż. z oporem - czynne wolne i czynne z oporem – izometryczne*			
	Inne:			

* Wybrać i zakreślić odpowiednią pozycję

Można zlecić max 5 zabiegów

Data zlecenia

podpis i pieczęć osoby zlecającej