

**KARTA PACJENTA**

1. Nazwisko i imię

2. Wiek:

3. Dolegliwość główna pacjenta:

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

4. Choroby, dolegliwości współistniejące:

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

5. Ankieta

	TAK	NIE
Implant metalowy		
Stan zapalny		
Nowotwory		
Gorączka		
Zaburzenia czucia		
Padaczka		

	TAK	NIE
Ciąża		
Choroby serca ( rozrusznik)		
Nadciśnienie tętnicze		
Problemy żylna ( zakrzepica żył)		
Cukrzyca		
Inne:		

6. Rozpoznanie:

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

7. Kwalifikacja/Plan rehabilitacji:

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

8. Uwagi:

.....  
.....

Data	Podpis fizjoterapeuty	Potwierdzam podane informacje i wyrażam zgodę na wykonanie wskazanych zabiegów  Podpis pacjenta
------	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------