



KARTA BADANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta	data	pleć	M	K
PESEL	data rozpoczęcia zabiegów			
Adres	tel.			
wiek	rodzaj wykonywanej pracy			
data wystawienia skierowania	KOD ICD-10			
Imię i Nazwisko lekarza	nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego			
choroby współistniejące/ przewlekłe				

OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PRZED LECZENIEM

Dotychczasowe leczenie i wykonane badania	Aktualne leczenie (poza bieżącym w placówce)
Dolegliwości bieżące	
Czas trwania dolegliwości	
Obszary dolegliwości	Ocena dolegliwości w NRS 0-10
Czynniki łagodzące dolegliwości	Czynniki nasilające dolegliwości
Analiza postawy ciała i ruchu oraz pomiary i testy	
Jak oceniasz swój ogólny stan zdrowia w ciągu ostatniego tygodnia w skali 0-10	
Zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne	
Podpis fizjoterapeuty (data ,podpis, pieczęć)	



OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PO LECZENIU

Imię i nazwisko	data	Nr karty pacjenta
Wykonane procedury fizjoterapeutyczne :		
1		
2		
3		
4		
5		
Termin prowadzonej fizjoterapii: od.....do		
Dolegliwości		
Obszary dolegliwości	Ocena dolegliwości	
Czynniki łagodzące dolegliwości	Czynniki nasilające dolegliwości	
Analiza postawy ciała i ruchu		
Testy skale i pomiary		
Jak oceniasz swój ogólny stan zdrowia w skali 0-10		
Zalecenia po zakończonej fizjoterapii :		
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczęć)		