

## Karta oceny skuteczności

## Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	
Nr PESEL *			
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

\* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

## A. Ocena skuteczności programu

## B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika  (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....

(pieczęć i podpis realizatora rehabilitacji leczniczej)