

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)