

**KARTA BADANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO**

Imię i nazwisko	Data	Płeć	M	K
PESEL	Nr karty pacjenta			
Miejsce zamieszkania	Tel.			
Wiek	Rodzaj wykonywanej pracy			
Data wystawienia skierowania	ICD – 10 ze skierowania			
Nazwisko i imię lekarza	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego			
Choroby współistniejące/przewlekłe:				

**OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PRZED LECZENIEM**

Dotychczasowe leczenie i wykonanie 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, testy	
Jak oceniasz swój ogólny stan zdrowia w ciągu ostatniego tygodnia w skali od 0 – 10?	
Zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne:	
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis i pieczęć)	