

**OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PO LECZENIU**

Imię i nazwisko	Data	Nr karty pacjenta
Wykonane procedury fizjoterapeutyczne:		
1.		
2.		
3,		
4.		
5.		
Termin prowadzonej fizjoterapii: od		do
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 ciągu ostatniego tygodnia w skali od 0 – 10?		
Zalecenia po zakończonej fizjoterapii:		
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis i pieczęć)		