

# Fizjoterapia domowa

## skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

.....  
Nazwisko i Imię pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
numer telefonu

.....  
PESEL

.....  
data urodzenia

.....  
płeć

.....  
e-mail

### ROZPOZNANIE GŁÓWNE:

### CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE, PRZEBYTE:

### OPIS DYSFUNKCJI:

### CEL FIZJOTERAPII:

### PLANOWANY OKRES LECZENIA:

10 dni

20 dni

30 dni

50 dni

bezterminowo

RODZAJ ZABIEGU		PARAMETRY	OKOLICA CIAŁA
Indywidualna praca z pacjentem:	Ćwiczenia bierne		
	Ćwiczenia czynne oporowe		
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu		
	Ćwiczenia czynne wolne		
	Ćwiczenia czynno-bierne		
	Ćwiczenia		

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza zlecającego

# Fizjoterapia domowa

*skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne*

	oddechowe		
	Ćwiczenia priopriocepcji		
	Ćwiczenia redresyjne		
	Ćwiczenia relaksacyjne		
	Ćwiczenia samoobsługi		
	PIR		
Masaż:	Masaż klasyczny		
	Masaż sportowy		
	Masaż Shantala		
	Masaż segmentarny		
	Masaż relaksacyjny		
	Masaż limfatyczny		
	Masaż izometryczny		
	Masaż bańką chińską		
	Masaż aromaterapeutyczny		
Pionizacja:	Czynna		
	Bierna		
Nauka czynności lokomocji			
Magnetoterapia			
Elektroterapia - prądy:	Diadynamiczne		
	Träberta		
	Interferencyjne		
	Kotz'a		
	TENS		
	Tonoliza		
Laseroterapia			
Terapia światłem spolaryzowanym (BIOPTRON)			

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza zlecającego