



### KARTA BADANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Imię 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 wykonane 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 0-10?	
Zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne:	
Podpis fizjoterapeuty ( <i>data, podpis i pieczętka</i> )	

### OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PO LECZENIU

Imię i nazwisko:	Data	Nr karty pacjenta
Wykonane procedury fizjoterapeutyczne:		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Termin prowadzonej fizjoterapii: od _____ do _____		
Dolegliwości		
Obszary dolegliwości	Ocena dolegliwości w NRS 0-10	
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 0-10?		
Zalecenia po zakończonej fizjoterapii:		
Podpis fizjoterapeuty ( <i>data, podpis i pieczętka</i> )		



Polskie Towarzystwo Fizjoterapii  
Oddział Wielkopolski  
PTFwielkopolska.pl

## KARTA INFORMACYJNA ODBYTEJ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ DO LEKARZA KIERUJĄCEGO

Nazwisko i imię pacjenta:		
PESEL	ICD	PWZ Lekarza
Termin prowadzonej fizjoterapii: od _____ do _____		
Opis udzielonych świadczeń fizjoterapeutycznych:		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Stan pacjenta po udzielonym świadczeniu:		
Poprawa:   nieznaczna           umiarkowana           znaczna           całkowita		
Brak poprawy (bez zmian)		
Pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta		
Zalecenia: Kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych Wskazana kontynuacja postępowania fizjoterapeutycznego: TAK NIE		

Potwierdzam odbiór i deklaruję przekazanie dokumentu do lekarza kierującego

.....  
*data, podpis pacjenta*

Podpis fizjoterapeuty

.....  
*data, podpis i pieczętka*