



SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA			
E-MAIL		TELEFON	
GATUNEK		IMIĘ	
RASA		WIEK	
PŁEĆ		WAGA	
PRZEBIEG CHOROBY			
OPIS LECZENIA			
ZABIEGI OPERACYJNE			
STAN KLINICZNY	OSTRY <input type="checkbox"/>	PODOSTRY <input type="checkbox"/>	PRZEWLEKŁY <input type="checkbox"/>
ZABIEGI	<input type="checkbox"/> MAGNETOTERAPIA	CEL ZABIEGÓW	<input type="checkbox"/> ZMN. BÓLU
	<input type="checkbox"/> BIEŻNIA		<input type="checkbox"/> GOJENIE RANY
	<input type="checkbox"/> CIEPŁO / ZIMNO		<input type="checkbox"/> ZMN. OBRZĘKU
	<input type="checkbox"/> MASAŻ		<input type="checkbox"/> ZW. SIŁY MIĘŚNI
	<input type="checkbox"/> STRETCHING		<input type="checkbox"/> ZMN. NAPIĘCIA MIĘŚNI
	<input type="checkbox"/> ELEKTROTHERAPIA		<input type="checkbox"/> ZROST KOŚCI
	<input type="checkbox"/> ELEKTROAKUPUNKTURA		<input type="checkbox"/> INNE
	<input type="checkbox"/> LASEROTERAPIA		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ULTRADŹWIĘKI		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ULTRAFONOFORZA	<input type="checkbox"/>	
POZOSTAŁE ZALECENIA			
PRZECIWSKAZANIA			
MIEJSCOWOŚĆ I DATA		PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA	