



KARTA USPRAWNIANIA PACJENTA

RAPORT ZA M-C/R.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL.....

IMIĘ I NAZWISKO REHABILITANTA.....

DATA WIZYTY									
Ćw.ogólnousprawniające									
Ćw.bierne									
Ćw.wspomagane									
Ćw.wolne kkg									
Ćw.wolne kkd									
Ćw.czynne z oporem kkg									
Ćw.czynne z oporem kkd									
Ćw.czynne z odciążeniem kkg									
Ćw.czynne z odciążeniem kkd									
Ćw.manipulac. i precyjne dłoni									
Ćw.izometryczne									
Ćw.oddechowe, oklepywanie									
Ćw.specjalne									
Pionizacja									
Nauka chodzenia									
Reedukcja nerwowo-mięśniowa									
Okłady wilgotne: ciepłe i zimne									
Okłady żelowe: ciepłe i zimne									
Masaż suchy częściowy									
Masaż suchy całkowity									
Ergoterapia (nauka samoobsługi)									
Terapia relaksacyjna									
Ćw.koordynacji psychoruchowej									
Inne									

.....
Data, podpis i pieczętka rehabilitanta