WYWIAD

Miejscowość i data.....

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania: .....

Rodzaj pracy: siedząca/stojąca/praca w ruchu/fizyczna/umysłowa .....

Ilość lat pracy:.....

Aktywność fizyczna:.....

Choroby naczyniowe: .....

Urazy ortopedyczne: .....

Choroby reumatyczne .....

Choroby neurologiczne:.....

Choroby nowotworowe:.....

Zabiegi operacyjne:.....

Utraty przytomności: .....

Zaburzenia hormonalne: .....

Noga krótsza .....

Uwagi:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na zaproponowaną rehabilitację. Zostałem poinformowany o możliwych skutkach ubocznych i powikłaniach oraz oświadczam, że nie mam przeciwwskazań wymienionych przez terapeutę do podjęcia terapii.

Podpis pacjenta

Podpis terapeuty