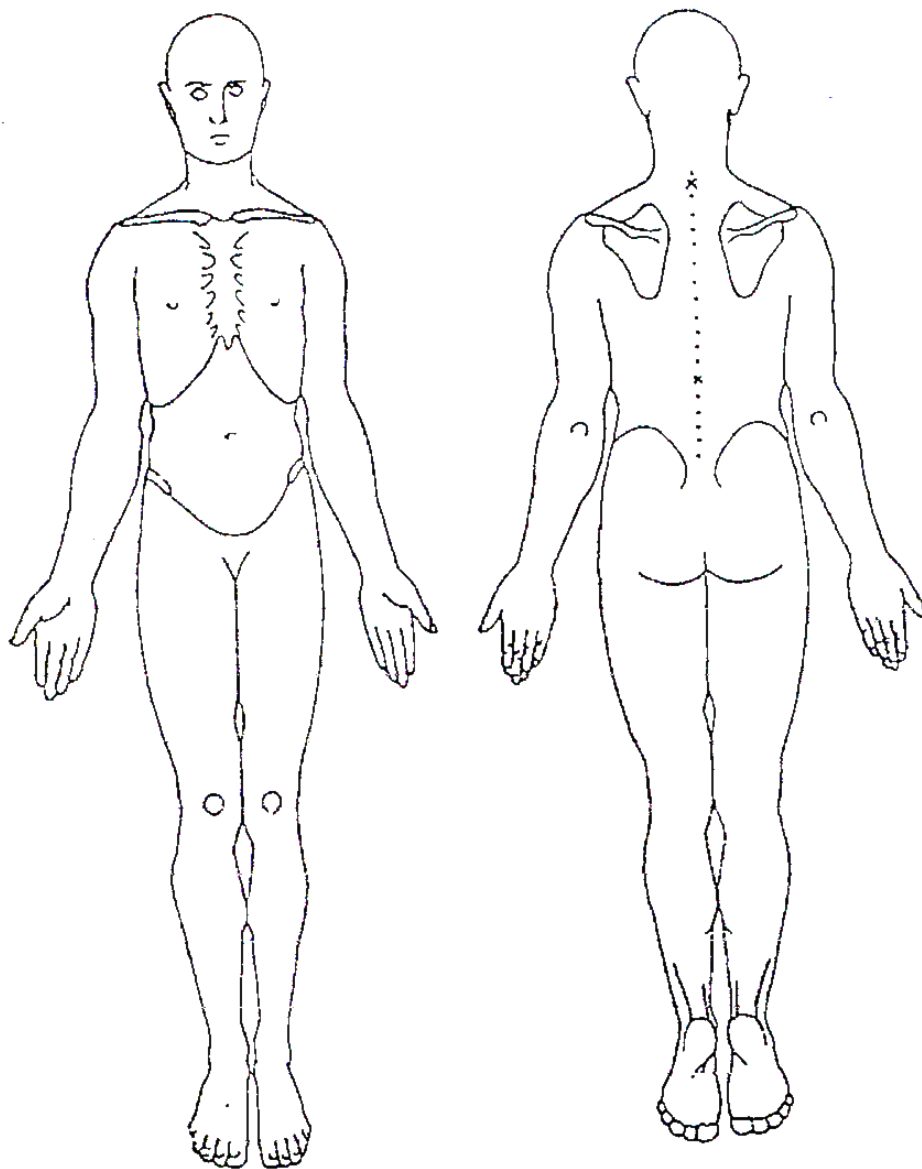


Imię:..... DOB:.....
 Zawód:.....Hobby/sport:.....
 Diagnoza:.....
 Data badania:.....fizjoterapeuta:.....
 Główny problem:.....
 Cel pacjenta:.....



P + N:
 kaszel/ kichanie:
 B + B:
 chód:
 znieczulica siodłowa,
 Zawroty głowy:
 Bóle głowy:

Praca codzienna:

Bez problemu	1
niewielki „	2
średni „	3
wielki „	4
niemożliwe	5

Kontakty towarzyskie:

bez problemu	1
niewielki „	2
średni „	3
wielki „	4
ekstremalny „	5

Hobby/Sport:

bez problemu	1
niewielki „	2
średni „	3
wielki „	4
ekstremalny „	5