

Stopa

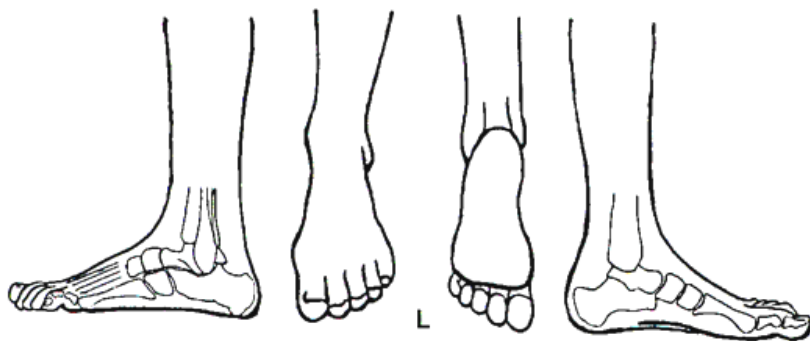
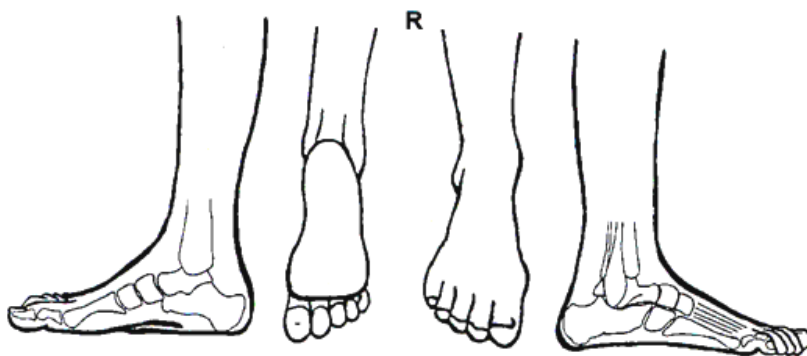
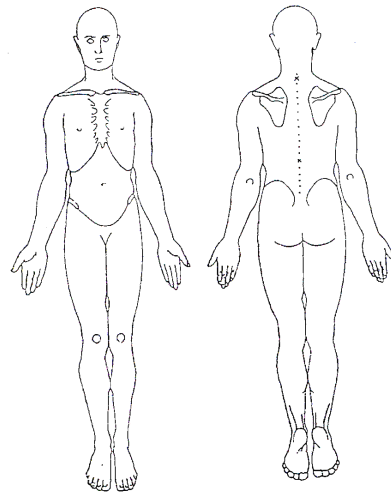
Imię:.....Data urodzenia.....

Zawód:.....Hobby/sport:.....

Diagnoza:.....

Data badania:.....Fizjoterapeuta:.....

Główny problem:.....



P + N:
B + B:
chód:
znieczulica siodłowa,
zawroty głowy
ból głowy