

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

.....
(nazwa programu)

Imię i nazwisko.....PESEL

Wywiad:

Rozpoznanie.....

Dolegliwości.....

Choroby współistniejące:.....

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			cięża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych)

(podpis pacjenta)

Adnotacja fizjoterapeuty

(podpis fizjoterapeuty)

