

DOKUMENTACJA USPRAWNIANIA LECZNICZEGO - ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:	Nr. ks. Głównej: - KG/ 20.....	Data przyjęcia:	Sala nr:
Nr. PESEL	Nr. ks. oddziałowej:	Data wypisu:	

ROZPOZNANIE ZASADNICZE



ROZPOZNANIA WSPÓLISTNIEJĄCE



BADANIE WSTĘPNE PRZEPROWADZONO

dnia:

.....
podpis i pieczęć lekarza

BADANIE KOŃCOWE PRZEPROWADZONO

dnia:

.....
podpis i pieczęć lekarza

Imię, nazwisko

KARTA USPRAWNIANIA LECZNICZEGO - ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

	Nazwa procedury	Podpis lekarza zlecającego	Nr. ICD	Okolica	Liczba	Data																							
	Terapia zajęciowa		93.83																										
	Metody neurofizjologiczne - PNF		93.3808																										
	Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym		93.2402																										
	Nauka czynności lokomocyjnych		93.2204																										
	Pionizacja czynna		93.2202																										
	Ćwiczenia równoważne		93.1901																										
	Ćwiczenia kordynacji ruchowej		93.1911																										
	Czynne ćwiczenia oddechowe		93.1812																										
	Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie		93.1121																										
	Ćwiczenia czynne wolne		93.1202																										
	Ćwiczenia prowadzone		93.1133																										
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu		93.1205																										
	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem		93.1303																										
	Ćwiczenia izometryczne		93.1301																										
	Poizometryczna relaksacja mięśni		93.1912																										
	Ćwiczenia zespołowe		93.1907																										
	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne		93.1909																										
	Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe		93.1910																										
	Ćwiczenia sprawności manualnej		93.1903																										
	pieczętka lekarz	podpis	pieczętka lekarz		podpis	pieczętka rehabilitant				podpis	pieczętka rehabilitant				podpi														