

SKIEROWANIE REHABILITACYJNE

Jednostka kierująca:

Imię i nazwisko Właściciela:

Telefon kontaktowy:

Imię pacjenta: Rasa:

Wiek: Waga:

Rozpoznanie/Diagnoza:

Rodzaj zabiegu/metoda:

Data zabiegu:

Rozpoczęcie rehabilitacji:

Stan kliniczny pacjenta: ostry/podostry/przewlekły

Metalowe implanty:

Przeciwwskazania

(choroba nowotworowa, rozrusznik serca, gorączka, epilepsja, ciąża, choroby przewodu pokarmowego)

Szczególne środki ostrożności:

Cel zabiegów fizjoterapeutycznych:

Proponowana terapia:*

Fizykoterapia/ilosc

laseroterapia /

magnetoterapia/

ultradźwięki/

elektrostymulacja/

bieżnia wodna/

bieżnia sucha/

INNE

Kinezyterapia/ilosc

ćwiczenia bierne/

ćwiczenia aktywne/

reedukacja chodu/

Masaż/ilosc

relaksacyjny/

limfatyczny/

sportowy/

UWAGI:

- Kontakt telefoniczny z rehabilitacją dla lekarza kierującego w celu konsultacji **531 355 350**
- Zastrzegamy prawo do zmiany i rodzaju wykonywanego zabiegu, lub odstąpienia od wykonywanego zabiegu w przypadku wystąpienia przeciwwskazań.

* nie obowiązkowe

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis i pieczęć lekarza weterynarii

.....
Kontakt