

WYWIAD O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta.....

PRZECIWWSKAZANIA- CHOROBY LUB PROBLEMY ZDROWOTNE	TAK	NIE
Choroby nowotworowe w przeszłości lub leczone obecnie		
Zabiegi operacyjne części ciała, która ma być poddana zabiegom fizykoterapeutycznym		
Choroby serca		
Obrzęk części ciała, która ma być poddana zabiegom		
Zmiany dermatologiczne, blizny, znamiona, stłuczenia, stany zapalne skóry lub żylaki		
Zespolenia metalowe , implanty, rozrusznik serca		
Zaburzenia hormonalne		
Czy przyjmuje Pan(i) leki?		
Czy jest Pan(i) uczulony na środki poślizgowe, olejki lub żele?		
Ciąża		
Depresja		
Nadciśnienie		
Cukrzyca		

Proszę określić swoje ogólne samopoczucie (postawić **X**):

DOBRE____ / **ZŁE**____