

### ANKIETA EWALUACYJNA

dla pacjenta objętego Programem polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza seniorów – mieszkańców gminy Borne Sulinowo na lata 2024-2026”.

#### A. WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Rozpoznanie (wg ICD-10):

.....

Zalecane zabiegi:

.....

.....

.....  
Podpis fizjoterapeuty

#### B. WYPEŁNIA PACJENT

Proszę określić natężenie bólu wg skali VAS od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejszy ból, jaki dotychczas wystąpił:

Początek zabiegów data:.....

Dolegliwości	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość stawów											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Niesprawność fizyczna											
Inne:											

Aktywność fizyczna:

- 1-2 razy w tygodniu
- 3-4 razy w tygodniu
- 5-6 razy w tygodniu
- codziennie

Po zakończeniu cyklu rehabilitacji data:.....

Dolegliwości	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość stawów											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Niesprawność fizyczna											
Inne:											

Aktywność fizyczna:

- 1-2 razy w tygodniu
- 3-4 razy w tygodniu
- 5-6 razy w tygodniu
- codziennie

.....  
Podpis pacjenta