Fizjo Pet
Centrum Rehabilitacji Zwierząt
80-299 Gdańsk, ul. Barniewicka 104, tel. 585 540 262

SKIEROWANIE

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Gatunek		Rasa	
Płeć		Wiek	
Nazwa		Właściciel	

ROZPOZNANIE

Historia choroby, daty			
Przebyte zabiegi /operacje			
Stan kliniczny	☐ ostry ☐ podostry ☐ przewlekły		
Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)	☐ zmniejszenie bólu ☐ zmniejszenie obrzęku ☐ zwiększenie siły mięśni ☐ zmniejszenie napięcia mięśni ☐ problemy zrostowe kości	☐ problem gojenia ran ☐ zmiany zwyrodnieniowe ☐ powrót do poprzedniej sprawności ☐ inne:	
Wskazania szczególne i środki ostrożności	☐ mięsień porażony wiotko ☐ mięsień w zaniku prostym ☐ zanik mięśni z nieczynności ☐ zaburzenia przewodnictwa nerwowo-mięśniowego ☐ inne:		
Rodzaj zabiegów, ilość powtórzeń, czas zabiegu	☐ laseroterapia ☐ magnetoterapia ☐ elektroterapia: .... ☐ ultradźwięki ☐ jonoforeza ☐ fonoforeza	☐ Bioptron ☐ ciepło/zimno ☐ bieżnia sucha ☐ kinezyterapia ☐ masaż ☐ kąpiele lecznicze ☐ aromaterapia	☐ pakiet I ☐ pakiet II ☐ pakiet III ☐ do decyzji Centrum ☐ Inne:
Przeciwwskazania			

....

Miejscowość, data Podpis lekarza i pieczątka kliniki/gabinetu

WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL	Właściciel	
	Adres	
	Tel. stacjonarny	
	Tel. komórkowy	
	E-mail	
	Uprzejmie prosimy o poinformowanie nas o wszelkich przeciwwskazaniach do przeprowadzenia zabiegów u zwierzęcia jak również właściciela (np. rozrusznik serca).	