

Imię: ..... Data urodzenia: 25.10 .....

Zawód: CAR MECHANIC ..... Hobby/Sport: .....

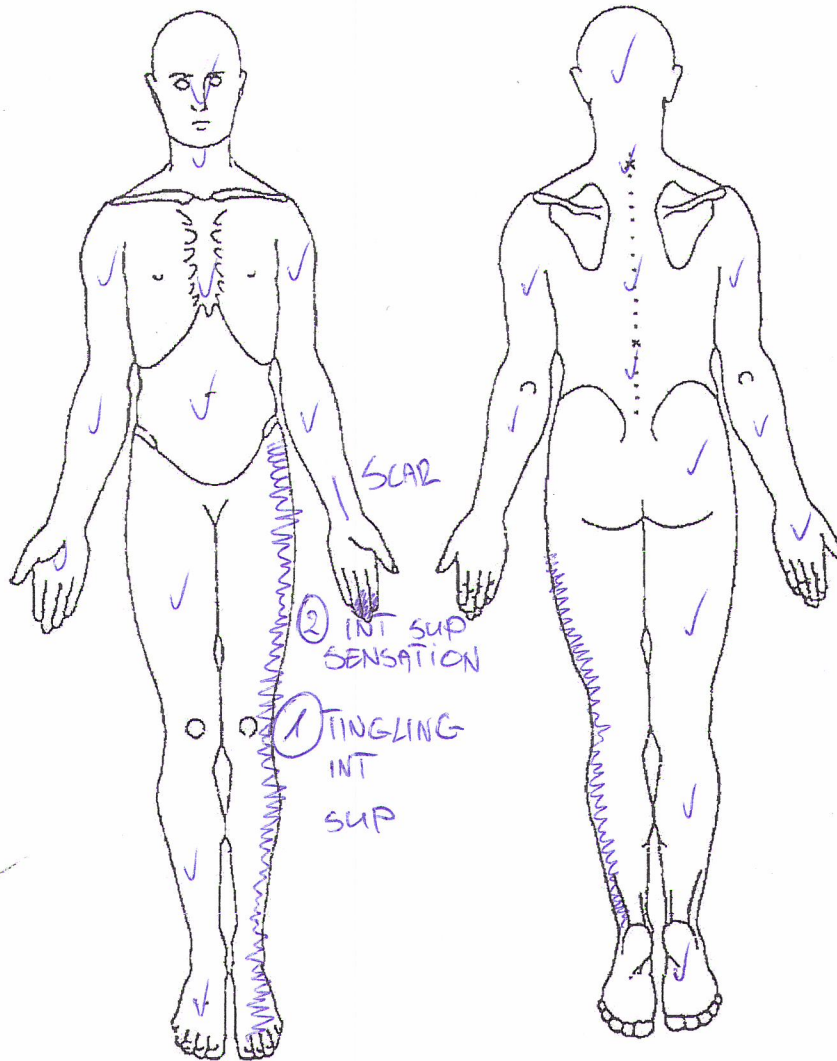
Diagnoza: .....

Fizjoterapeuta: .....

Data badania: 30.05.2018 .....

Główny problem: TINGLING SENSATION (2) LEG .....

Cel pacjenta: TINGLING SENSATION .....



**Codzienne zadania/praca:**

Bez problemów 1  
 Małe problemy 2  
 Średnie problemy 3  
 Duże problemy 4  
 Nie możliwe 5

**Kontakty towarzyskie/Hobby/Sport:**

Bez ograniczeń 1  
 Niewielkie ograniczenia 2  
 Średnie ograniczenia 3  
 Duże ograniczenia 4  
 Nie możliwe 5

**Środki ostrożności:**

SADDLE AN ✓  
 P.N. - (2) LEG ✓  
 B.B. - URINATION PROBLEM ✓  
 COUGHING SNEEZING ✓  
 UNSURE GAIT ✓  
 DIZZINESS ✓