

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΛΩΝ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα: Επώνυμο:

Πατρώνυμο: Ηλικία: Ασφαλιστικός Φορέας:

Αριθ. Μητρ. Ασθενούς: Θάλαμος: . Κλίτη:

Φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση

.....
.....
.....

α/α	Ημερομηνία	Φυσικοθεραπευτικές πράξεις	Πρόοδος	Παρατηρήσεις
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Ημερομηνία παραλαβής «Παραπεμπτικού Συνεδρίων Φυσικοθεραπείας»

Όνοματεπώνυμο φυσικοθεραπευτή/τριας

(υπογραφή και σφραγίδα)