



Klinička bolnica
"SVETI DUH"

ZAVOD ZA FIZIKALNU MEDICINU I REHABILITACIJU

Telefon: 01/37 12 322, fax: 01/37 12 206, e-mail: zfmr@obsd.hr

Zagreb, Sveti Duh 64



FIZIOTERAPEUTSKI ZAPIS

Ime i prezime:		Broj upisa:
Zanimanje:	Dob:	Spol:
Liječnička dijagnoza:		
Funkcionalna dijagnoza:		
Početna procjena: The diagrams show a human figure from the front, side, and back. The front view shows the head, torso, arms, and legs. The side view shows the profile of the body. The back views show the spine and the musculature of the back and legs.		
Podaci važni za fizioterapiju (komorbiditet, pacemaker, medikamenti i sl.):		
Ciljevi fizioterapije:		
Plan fizioterapije:		
Informirana suglasnost pacijenta/skrbnika s ciljevima i planom (potpis):		

Zabilješke tijekom procesa fizioterapije i kontrolne procjene:

Mišljenje (zaključak) po obavljenoj fizioterapiji:

Potpis fizioterapeuta:

Datum pružene usluge i potpis fizioterapeuta:

Prilozi fizioterapeutskom kartonu:
- funkcionalni testovi i mjerenja