



WALCZYMY O ZDROWIE Z SM II

Dane beneficjenta:

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____

Zalecane zabiegi w ośrodku rehabilitacyjnym

Lp.	Rodzaj zabiegu	Wybór zabiegu X
1.	UGUL (20 min.)	
2.	Masaż wirowy kończyn dolnych (15 min.)	
3.	Masaż wirowy kończyn górnych (15 min.)	
4.	Diatermia krótkofalowa	
5.	Aquavibron (15 min.)	
6.	Mata magnetyczna (8 min.)	
7.	Magnetoterapia	
8.	Krioterapia CO ₂ (1 min)	
9.	Krioterapia NO ₂ (1 min)	
10.	Elektrostymulacja	
11.	Ultradźwięki	
12.	Diadynamik (1 zabieg)	
13.	Galwanizacja	
14.	Interdyn	
15.	TENS	
16.	Prądy KOTZA	
17.	Prądy TRABERTA	
18.	Plastry kinesiotaping	
19.	Tonoliza	
20.	Jonoforeza	
21.	Fonoforeza	
22.	Fango	
23.	Sollux (10min)	
24.	Laser (1 zabieg)	
25.	Masaż klasyczny	
26.	Kinezyterapia (30 min.)	

.....
(podpis lekarza/fizjoterapeuty)

*Zabiegi prowadzone przez okres 10 dni