

uwaga: do pomiarów pacjent musi być w butach !

PACJENT

Imię i Nazwisko pacjenta	
Imię i Nazwisko rodzica	
Adres	
Telefon	
E-mail	
Data urodzenia	
Diagnoza	
Ocena zdolności ruchowej (GMFCS)	

FIZJOTERAPEUTA

Fizjoterapeuta	
Adres	
Telefon	
E-mail	

INSTYTUCJA

Przedszkole/Szkoła/Inne	
Adres	
Telefon	


POMIARY

DATA POMIARU

STRONA LEWA		
1 Pomiar 1		cm
2 Pomiar 2		cm
3 Pomiar 3		cm
4 Pomiar 4 Wzrost		cm
5 Pomiar 5		cm
6 Pomiar 6		cm
7 Pomiar 7		cm


STRONA PRAWA		
1 Pomiar 1		cm
2 Pomiar 2		cm
3 Pomiar 3		cm

Waga

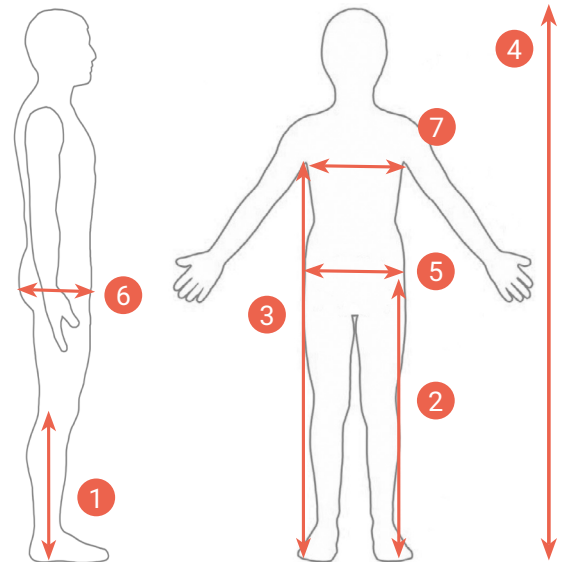


	kg
--	----

Rozmiar buta



--	--



inne informacje