Izvajalec fizioterapije: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izbrani osebni zdravnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Napotni zdravnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Številka DN FT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Napotna diagnoza, druge spremljajoče bolezni ali omejitve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIZIOTERAPEVTSKO POROČILO**

Ime in priimek zavarovane osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZZZS številka zavarovane osebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vrsta obravnave: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Evidenčna številka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Datum pričetka obravnave: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum zaključka obravnave: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ugotovitve začetnega fizioterapevtskega pregleda**  |  | **Ugotovitve zaključnega fizioterapevtskega pregleda**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zap. št.** | **Datum obiska:** | **Opravljeni postopki** | **Način izvedbe postopka** | **Opombe** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Priporočila – opombe:**  |

Podpis fizioterapevta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ žig izvajalca

Poročilu po DN FT ŠT. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_priložene: meritve, testiranja, in drugo.