

Imię i nazwisko: Data:

Rodzaj schorzenia:

.....

ESWT (pozaustrojowa fala uderzeniowa) - program terapii

Metoda aplikacji fali uderzeniowej (wybierz spośród: *radialna; zogniskowana*) (uzasadnij wybór):

.....

.....

Pozycja pacjenta:

Aplikacja fali uderzeniowej w pierwszej fazie zabiegu:

Miejsce aplikacji uderzeń:

Rodzaj aplikacji fali uderzeniowej (*stacjonarny, semistacjonarny, dynamiczny*):

Ciśnienie: lub Gęstość energii:

Częstotliwość uderzeń:

Liczba uderzeń:

Aplikacja fali uderzeniowej w drugiej fazie zabiegu (opcjonalne):

Miejsce aplikacji uderzeń:

Rodzaj aplikacji fali uderzeniowej (*stacjonarny, semistacjonarny, dynamiczny*):

Ciśnienie: lub Gęstość energii:

Częstotliwość uderzeń:

Liczba uderzeń:

Liczba zabiegów:

Częstość zabiegów: