

Imię i nazwisko: Data:

Rodzaj schorzenia:

GALWNIZACJA / JONOFOREZA / KAPIELE ELEKTRYCZNO-WODNE - program terapii

Ułożenie elektrod (uzasadnij wybór):

Przebieg prądu:

Rodzaj użytego leku (*dotyczy jonoforezy*):

Polaryzacja elektrod (*położenie katody i anody*) (uzasadnij wybór):

Natężenie stymulacji (uzasadnij wybór):

Czas trwania zabiegu (uzasadnij wybór):.....

Częstość zabiegów:

Liczba zabiegów:

Program przewidywanej serii zabiegów: