

Imię i nazwisko: Data:

Rodzaj schorzenia:

.....

LASEROTERAPIA - program terapii

Długość promieniowania laserowego (uzasadnij wybór):

Miejsce naświetlania (uzasadnij wybór):

Wielkość obszaru naświetlanego (ilość punktów lub obszar w cm²):

Sposób naświetlania (np. punktowo, metoda kontaktowa; skanowanie całej powierzchni itp.)
(uzasadnij wybór):

Dawka stosowana w pierwszym zabiegu (w J/ cm²) (uzasadnij wybór):

Rodzaj emisji promieniowania laserowego (uzasadnij wybór):

Moc lasera (dla emisji ciągłej) (uzasadnij wybór):

Moc średnia promieniowania laserowego (dla emisji impulsowej) (uzasadnij wybór):

- Czas trwania impulsu promieniowania:
- Częstotliwość impulsów promieniowania:
- Moc szczytowa impulsu promieniowania:

Czas trwania pierwszego zabiegu

W przypadku emisji ciągłej:

W przypadku emisji impulsowej:

Częstość zabiegów (codziennie, co drugi dzień itp.):

Liczba zabiegów w serii:

Program przewidywanej serii zabiegów: