

Imię i nazwisko: ..... Data: .....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

### **POLA ELEKTROMAGNETYCZNE WIELKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI – program terapii**

Rodzaj promieniowania (wybierz spośród: promieniowanie krótkofalowe, mikrofalowe itp.):

(uzasadnij wybór): .....

Częstotliwość promieniowania elektromagnetycznego (uzasadnij wybór): .....

Długość fali promieniowania elektromagnetycznego (uzasadnij wybór): .....

Rodzaj metody (indukcyjna / kondensatorowa) (uzasadnij wybór): .....

Rodzaj pola (magnetyczne / elektryczne) (uzasadnij wybór): .....

Dawka (atermiczna /oligotermiczna /termiczna /hiprtermiczna) (uzasadnij wybór):

Moc średnia (uzasadnij wybór):

Rodzaj emisji (ciągła / impulsowa) (uzasadnij wybór):

W przypadku emisji impulsowej:

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

Czas trwania zabiegu:

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

Liczba zabiegów w serii:

Program przewidywanej serii zabiegów:.....