

Imię i nazwisko: ..... Data: .....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

**PROMIENIOWANIE PODCZERWONE (IR) / WIDZIALNE - program terapii**

Rodzaj promieniowania (podczerwone; widzialne):

Długość (barwa) promieniowania (uzasadnij wybór):

Miejsce naświetlania (uzasadnij wybór):

Odległość promiennika od powierzchni ciała:

Czas trwania zabiegu:

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

Liczba zabiegów w serii: