

Imię i nazwisko: ..... Data: .....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

### **PRĄDY DIADYNAMICZNE BERNARDA - program terapii**

Rodzaj prądu (*wybierz spośród: DF; MF; LP; CP*) (uzasadnij wybór):

Działanie (*wybierz spośród: izodynamiczne  $DF=MF$ ;  $DF>MF$ ;  $MF>DF$* ) (uzasadnij wybór):

Ułożenie elektrod (uzasadnij wybór):

Polaryzacja elektrod (uzasadnij wybór):

Natężenie stymulacji (do wystąpienia efektów czuciowych lub ruchowych) (uzasadnij wybór):

Czas trwania zabiegu (uzasadnij wybór):

Częstość zabiegów:

Liczba zabiegów w serii:

Program przewidywanej serii zabiegów: