

Imię i nazwisko: Data:

Rodzaj schorzenia:

.....

POLA MAGNETYCZNE MAŁEJ CZĘSTOTLIWOŚCI – program terapii

Częstotliwość pola magnetycznego (uzasadnij wybór):

Wartość indukcji magnetycznej (uzasadnij wybór):

Czas trwania zabiegów:

Kształt pola:

Rodzaj emisji (ciągła / impulsowa)

Czas trwania serii impulsów:

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

Liczba zabiegów w serii:

Program przewidywanej serii zabiegów:

.....