

Palautteen antaja (nimi, ammatti): _____

Hoitolaitoksen nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköposti: _____

Fysioterapiapalaute Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella

Lähtävän lääkärin nimi/organisaatio: _____

Potilaan nimi: _____

Sotu: _____ - _____

Lähetediagnoosi: _____

Lisätiedot (esim. vakuutusyhtiö): _____

Alkutilanne (potilaan keskeiset ongelmat sekä niiden vaikutus hänen työ- ja toimintakykyynsä)

Potilaan kanssa asetetut tavoitteet

Hoito alkoi pvm. ____ . ____ . ____

Loppui tai väliarvio pvm. ____ . ____ . ____

Fysioterapian toteutus (käyntimäärä, hoidot (PENS-hoidossa neulojen pituus ja paikat) ja ohjaus)

Lopputilanne (fysioterapian tavoitteiden saavuttaminen)

Jatkosuositus (apuvälinesuositus tarvittaessa)

Jakelu (potilaan kappaleen lisäksi)
