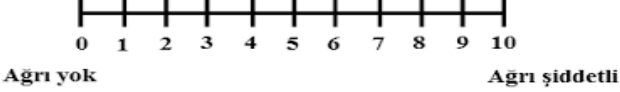


BARKOD

Yatış tarihi: / / Cinsiyet: () K () E Yaş: Boy: Kilo: Eğitim durumu: Meslek: Medeni hali: () Evli () Bekar	Ön tanı/ tanı: Anamnez: Gebelik: () Var () Yok	Kronik Hastalıklar: () DM () HT () KOAH () KBY () Kalp yetmezliği () Alerji: () Diğer: () Bulaşıcı hastalık:
Geçirilen operasyonlar: () Yok () Var(belirtiniz) - - -	Kullandığı ilaçlar: - - - -	Alışkanlıklar: () Sigara: () Önceden: () Alkol: () Önceden:
AĞRI Şiddet(VAS): Visüel Analog Skala (VAS)  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ağrı yok Ağrı şiddetli		
Lokasyon:		

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

GYA	Bağımsız	Yarı bağımlı	Bağımlı
Beslenme			
Kişisel hijyen			
Dengeli yürüme			
Yatağında dönme/kalkma			
Tuvalet			
UYGULANACAK FİZİK TEDAVİ MODALİTELERİ: () Nörolojik rehabilitasyon () Lenfödem-Lipödem Ted. () Magnetoterapi () Ortopedik rehabilitasyon () Elektroterapi () Bantlama () Terapatik Egzersiz uygulamaları () Hidroterapi () Girişimsel yaklaşımlar () Kardiyopulmoner rehabilitasyon () Manuel Ted. () Isı ve ışık ajanlar () Yutma rehabilitasyonu () Diğer:			
SOSYAL HİZMET Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal hizmet uzmanı ile görüşüldü. Tarih: Uzman Adı: Görüşme organize:			
Hasta Ad/Soyad/İmza:		Uygulayıcı Ad/Soyad/İmza:	