Behandlingsunderlag

Fylls i av kund

Namn

Datum

Telefon

E-post

Övrig information

Till exempel medicinering, diagnoser, tidigare skador eller annan information som kan påverka behandlingen.

Hur mår du idag? Har du några specifika besvär?

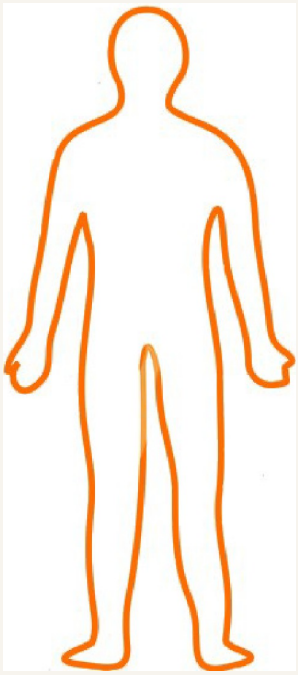
Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Du kan skriva direkt i fälten och spara den ifyllda PDF-filen.

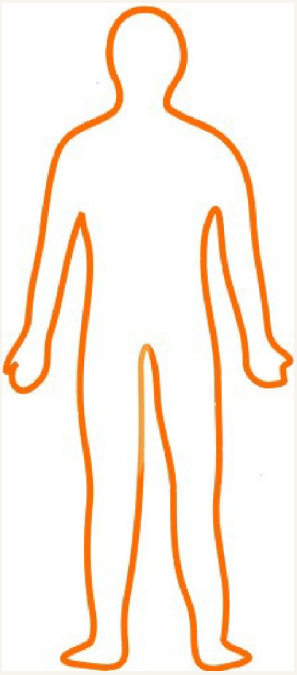
Behandlingsunderlag

Fylls i av terapeut

Markera relevanta områden i figurerna och komplettera med anteckningar nedan.



Bakifrån



Framifrån



Profil vänster



Profil höger

Observation

Behandling

Rekommendation / nästa steg

Terapeutens namn / signatur

Datum