



Osnovni fizioterapeutski obrazac

		Problem	Cilj
f130	Energija i funkcije motiviranosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f134	Funkcije spavanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f140	Funkcije pažnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f144	Funkcije pamćenja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f152	Emotivne funkcije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f210	Funkcije gledanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f230	Funkcija sluha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f280	Osjet boli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f710	Funkcije mobilnosti zgloba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f730	Funkcije snage mišića	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a1	Učenje i primjena znanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a230	Izvršavanje dnevne rutine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3	Komunikacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a410	Promjena osnovnog položaja tijela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a415	Održavanje položaja tijela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a430	Podizanje i prenošenje predmeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a450	Hodanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a455	Kretanje naokolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a510	Samostalno pranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a530	Intimna higijena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a540	Oblačenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a640	Obavljanje kućanskih poslova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a750	Neformalni društveni odnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a760	Odnosi u obitelji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a770	Intimni odnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a850	Plaćeni rad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a920	Relaksacija i korištenje slobodnog vremena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
č450	Osobni stavovi zdravstvenog osoblja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pacijent/ica:

Broj kartona:

Datum: