

CHECKLIST OEFENINGEN

De kinesitherapeut noteert hieronder het nummer van de geschikte oefening.

De therapeut bepaalt de modaliteiten. De patiënt duidt aan op welke dagen hij/zij de oefening heeft uitgevoerd. Daaronder heeft de patiënt de mogelijkheid om bijkomende opmerkingen of moeilijkheden te noteren, die tijdens het volgende consult besproken worden.

OEFENING	MODALITEIT	UITVOERING
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Wo <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Vr <input type="checkbox"/> Za <input type="checkbox"/> Zo

Bijkomende opmerkingen:

.....
.....
.....
.....