

## KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU, NẮN XƯƠNG, CHÂM CỨU

(Tất cả thông tin cần điền đầy đủ)

### MỤC A - THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Giới tính: \_\_\_\_\_

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_ Mã số: \_\_\_\_\_ Hợp đồng số: \_\_\_\_\_

Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

### MỤC B - KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ DO BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ CHỈ ĐỊNH

Chuẩn đoán bệnh:

Kế hoạch điều trị được đề nghị:

Bệnh nhân có cần Vật lý trị liệu/ Nắn xương/ Châm cứu? ☐ Có ☐ Không

Loại hình điều trị:

Số lần điều trị?

Ngày dự tính kết thúc kế hoạch điều trị:

Bệnh nhân có cần chăm sóc vết thương? ☐ Có ☐ Không

Hình thức chăm sóc vết thương cần thiết:

Bệnh nhân cần bao nhiêu lần chăm sóc vết thương?

Ngày dự tính kết thúc việc chăm sóc vết thương:

Bệnh nhân cần tái khám không? ☐ Có ☐ Không

Số lần tái khám cần thiết?

Ngày tái khám gần đây nhất:

Tên Bác sĩ điều trị: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ký tên

Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_