ქვედა კიდურების ორთეზირება

(შეკვეთის ფორმა)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| თარიღი |  | ორთეზირების მიზანი  (აღწერეთ ორთეზის ფუნქციური მხარე, მოძრავი სახსრის შემთხვევაში მიუთითეთ მოძრაობის სიფართე (ROM), ფიქსირებული სახსრისას - სასურველი კუთხე, სხვა ინფორმაცია რასაც ჩათვლით საჭიროდ...) |
| ექიმი/ორგანიზაცია |  |
| პაციენტის სახელი და გვარი |  |
| ასაკი |  |
| სქესი | მამრ. \_\_  მდედრ. \_\_\_\_\_ |
| დიაგნოზი |  |

