INDYWIDUALNA KARTA TERAPII ZAJĘCIOWEJ

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta …… ……

RODZAJ TERAPII	Data				
	Podpis i pieczątka osoby potwierdzającej przeprowadzenie zajęć				
1. Zebranie społeczności					
2. Gimnastyka					
3. Trening relaksacyjny					
4. Trening kulinarny					
5. Trening higieniczny					
6. Trening budżetowy					
7. Trening umiejętności praktycznych					
8. Trening umiejętności społecznych					
9. Ludoterapia					
10. Terapia ruchem					
11. Rekreacja					
12. Arteterapia					
13. Choreoterapia					
14. Masaż					

Admed® MEDICAL PARTNER

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjenta …… …….....

RODZAJ TERAPII	Data				
	Podpis i pieczątka osoby potwierdzającej przeprowadzenie zajęć				
1. Zebranie społeczności					
2. Gimnastyka					
3. Trening relaksacyjny					
4. Trening kulinarny					
5. Trening higieniczny					
6. Trening budżetowy					
7. Trening umiejętności praktycznych					
8. Trening umiejętności społecznych					
9. Ludoterapia					
10. Terapia ruchem					
11. Rekreacja					
12. Arteterapia					
13. Choreoterapia					
14. Masaż					

Admed® MEDICAL PARTNER