



SKOLIOSKAN

ortopedia i fizjoterapia

Dzienniczek Vacuum

Imię i nazwisko: _____

Tydzień	Data	Liczba sesji w ciągu dnia	Całkowity czas w ciągu dnia
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			

Data rozpoczęcia terapii: _____

Tydzień	Data	Liczba sesji w ciągu dnia	Całkowity czas w ciągu dnia
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			

Tydzień	Data	Liczba sesji w ciągu dnia	Całkowity czas w ciągu dnia
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			
Tydzień			
Głębokość asymetrii cm			