

Sig.ra

Data / /

Età

DATA PRIMA VISITA

Disfunzioni pelviche principali

Qualità di vita pre-trattamento (scala da 0 a 10):

DATA ULTIMA TERAPIA DI RIABILITAZIONE

Difficoltà principali all'inizio del percorso

(accettazione del problema, scarsa percezione della muscolatura pelvica, scarsa motivazione, altro):

Difficoltà principali durante il percorso

(accettazione del problema, scarsa percezione della muscolatura pelvica, scarsa motivazione, ecc):

Miglioramenti delle disfunzioni pelviche:

Soddisfazione personale alla fine del percorso

Scarso

Buono

Ottimo

Qualità di vita a fine trattamento (da 0 a 10)

DATA (DOPO 3 MESI)

Mantenimento dei miglioramenti delle disfunzioni pelviche:

Capacità di mantenere nella quotidianità ciò che si è imparato con il trattamento riabilitativo

Qualità di vita (da 0 a 10)