

Ostrów Mazowiecka, dnia

**SKIEROWANIE
NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH
ODDZIAŁU REHABILITACJI DZiennej**

Pieczętka nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Proszę o wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych u:

Nazwisko Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 data urodzenia Płeć: K/M

Adres

Rozpoznanie:

ICD 10:

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

Nr pokoju:					
Rodzaj zabiegów					
Ilość powtórzeń:					
Parametry					
Okolica ciała					

.....
Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem do rejestracji

Wyznaczony termin rozpoczęcia zabiegów rehabilitacji

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta	Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1					6				
2					7				
3					8				
4					9				
5					10				