

Data

(pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ)

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko PESEL

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

Adres zamieszkania

Gmina

Rozpoznanie ICD - 10

--

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

	Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1)	2)	3)
	Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	4)	5)	6)
	Ilość powtórzeń/ czas zabiegu:
	Parametry:
	Okolica ciała:

(podpis i pieczęć lekarza)

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Okolica ciała	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					