

Data

pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta(ki):

imię i nazwisko

PESEL

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

adres zamieszkania

gmina

Rozpoznanie ICD-10:

--

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):

.....
.....

Rodzaj zabiegów (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1.	2.	3.
Ilość powtórzeń/ czas zabiegu
Parametry
Okolica ciała

pieczęć i podpis lekarza

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