



Data

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u

Pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania

Gmina

Rozpoznanie

ICD-10

.....

Choroby przebyte i współistniejące

.....

Czynniki współistniejące, istotne dla procesu rehabilitacji¹

.....

Implanty: Leki:

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

	Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1)	2)	3)
	Ilość powtórzeń/czas zabiegu:			
	Parametry:			
	Okolica ciała:			
Pieczęć i podpis lekarza				

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.12.2018 (Poz 2396) zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

lp	data	rodzaj zabiegu (kod)	okolica ciała	podpis wykonującego	podpis pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					