Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data .....

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

PESEL

Imię i nazwisko:.....

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 rozpoczęcia zabiegu	Rodzaj zabiegu (kod)	Okolica ciała	Data zakończenia zabiegu	Ilość powtórzeń	Podpis wuykonującego	Podpis pacjenta