

Pieczeń nagłówekowa z numerem umowy NFZ

Data .....

## Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

**Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:**

Imię i nazwisko ..... PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie .....

ICD-10

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji) .....

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

Metal w ciele	
Choroby nowotworowe	
Choroby skóry	

Rozrusznik	
Nadciśnienie	
Epilepsja	

Choroby serca	
Osteoporoza	
Cukrzyca	

Skierowanie ważne 30 dni.

Wyrażam zgodę na zaproponowane zabiegi

.....  
Podpis pacjenta

Pieczeń i podpis lekarza

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

Uwagi o programie rehabilitacji i jego wykonaniu:

.....

.....

.....

Założone cele terapii zostały osiągnięte: A) CAŁKOWICIE B) CZĘŚCIOWO C) NIE OSIĄGNIĘTO

Uwagi:

.....

Podpis fizjoterapeuty
-----------------------