

Pieczęć nagłówkowa 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:<br>(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

Pieczęć 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 |
|-----------------------|