



Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko: PESEL:|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....

Adres zamieszkania:

Gmina:

Rozpoznanie: ICD – 10

Choroby współistniejące i przebyte: ICD – 10

..... ICD – 10

..... ICD – 10

Czynniki współistniejące, istotne dla procesu rehabilitacji:

.....

Implanty: Leki:

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji);

.....

Rodzaj zabiegów:	1)	2)	3)	4)
Ilość powtórzeń:				
Parametry:				
Okolica ciała:				
Podpis i pieczęć lekarza:				