

lp	data	rodzaj zabiegu (kod)	okolica ciała	podpis wykonującego	podpis pacjenta
1		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
2		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
3		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
4		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
5		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
6		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
7		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
8		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
9		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
10		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			
		5.11.000000			

Data

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Pieczczę nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta: PESEL

Nazwisko i imię

Adres zameldowania/zamieszkania.....

Rozpoznanie..... ICD-10:

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację.....)

Choroby przebyte i współistniejące, oraz inne czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji.....

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

Pieczczę i podpis lekarza

Zarejestrowano w dniu (data)

..... (podpis)