

Data.....

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko..... PESEL
Adres zamieszkania.....
Gmina

Rozpoznanie..... ICD-10:

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

<i>Rodzaj zabiegów:</i> 1)	2).....	3).....
<i>(dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i>
<i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>
<i>Parametry:</i>
<i>Okolica ciała:</i>

Pieczęć i podpis lekarza

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