

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

Pieczęć i podpis lekarza

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