(pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ)

.....; data .....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

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

Adres zamieszkania .....

Gmina ....., nr telefonu .....

Rozpoznanie

.....

....., ICD-10 .....

Choroby współistniejące oraz inne czynniki mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji.....

.....

.....

*Skierowanie ważne jest 30 dni od daty wystawienia przez lekarza

pieczęć i podpis lekarza

* Oświadczam, że nie korzystam w tym samym czasie z zabiegów fizjoterapeutycznych w innej placówce NFZ

.....

Podpis pacjenta

KARTA ZABIEGOWA (wypełnia fizjoterapeuta lub lekarz specjalista rehabilitacji)

Rodzaj zabiegu/parametry		kod	data									
1												
2												
3												
4												
5												
Podpis wykonującego												
Podpis pacjenta												