

Data.....

Pieczęć nagłówkowa z nr umowy z NFZ

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

NR PESEL

Imię i Nazwisko..... I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....Oznaczenie płci.....

Rozpoznanie.....

ICD-10.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji).....

.....

Rodzaj zabiegu	1)	2)	3)	4)	5)
Ilość powtórzeń/ czas zabiegu					
Parametry					
Okolica ciała					

.....

podpis i pieczętka lekarza