

Data

.....
Pieczętka nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W WARUNKACH DOMOWYCH

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko.....**PESEL**.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....**ICD-10**

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

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

Przeciwwskazania

Ocena funkcjonalna pacjenta

	1).....	2).....	3).....	4).....	5).....
Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)
Liczba zleconych zabiegów:
Czas zabiegów:
Liczba zabiegów w tygodniu:
Parametry:					
Okolice ciała:					

.....
Podpis i pieczęć lekarza

LP.	DATA	RODZAJ ZABIEGÓW (KOD)	OKOLICA CIAŁA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINA ZAKOŃCZENIA	PODPIS PACJENTA	PODPIS I PIECZĄTKA WYKONUJĄCEGO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							