

.....
Pieczęć nagłówkowa z nr umowy z NFZ

FIZJOTERAPIA DOMOWA
Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

PESEL..... Data urodzenia..... Płeć: M Ż

Rozpoznanie (w języku polskim):

..... **Kod ICD-10:**

Cel rehabilitacji:

Opis dysfunkcji:

.....
Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:

.....
data zlecenia

.....
podpis i pieczęć lekarza