

Skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną/domową*

* Niepotrzebne skreślić

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy zawartej z
dyrektorem właściwego OW NFZ

Nazwisko i imię

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie w języku polskim

ICD-10

Choroby przebyte i współistniejące
mające wpływ na proces rehabilitacji
lub postępowanie fizjoterapeutyczne.
**Wypełnić obowiązkowo lub wpisać
BRAK.**

Wszczepione urządzenia
wspomagające pracę układu
krążeniowo-oddechowego lub metal w
ciele Pacjenta. **Wypełnić obowiązkowo
lub wpisać BRAK.**

Przyjmowane leki mające wpływ na
proces rehabilitacji lub postępowanie
fizjoterapeutyczne. **Wypełnić
obowiązkowo lub wpisać BRAK.**

.....
Data wystawienia skierowania

.....
Podpis lekarza kierującego

PROGRAM REHABILITACJI

Przeciwwskazania

Cel usprawniania

Rodzaj zabiegów (do 5 zabiegów w cyklu):					
Okolice ciała/strona (prawa, lewa)					
Liczba zabiegów w cyklu (maksymalnie 20):					
Parametry:					