Pieczęć nagłówkowa

Data.....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne finansowane ze środków z budżetu Powiatu Opatowskiego

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko:

.....**PESEL** I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I

Numer dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania:

.....

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:

.....

.....

.....

Rozpoznanie:

.....

ICD-10:

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):

.....

.....

	1)	2)	3) .....
Rodzaj zabiegów:	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
Ilość powtórzeń/czas zabiegu:	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
Parametry:	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
Okolica ciała:	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

Pieczęć i podpis lekarza