

<i>Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ</i>	Data.....																				
Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne																					
Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:																					
PESEL																					
Imię i nazwisko.....																					
Adres zamieszkania.....																					
Gmina																					
Rozpoznanie.....																					
CD-10:																					
Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)																					
.....																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><i>Rodzaj zabiegów:</i></td> <td style="width: 33%;">1)</td> <td style="width: 33%;">2).....</td> <td style="width: 33%;">3).....</td> </tr> <tr> <td><i>(dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i></td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i></td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><i>Parametry:</i></td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><i>Okolica ciała:</i></td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>		<i>Rodzaj zabiegów:</i>	1)	2).....	3).....	<i>(dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i>	<i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>	<i>Parametry:</i>	<i>Okolica ciała:</i>
<i>Rodzaj zabiegów:</i>	1)	2).....	3).....																		
<i>(dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i>																		
<i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>																		
<i>Parametry:</i>																		
<i>Okolica ciała:</i>																		
<i>Pieczęć i podpis lekarza</i>																					

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				