

Skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną/domową*

* Niepotrzebne skreślić

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego OW NFZ	Nazwisko i imię	
		PESEL
Adres zamieszkania Telefon		
Rozpoznanie w języku polskim		
		ICD-10
Choroby przebyte i współistniejące mające wpływ na proces rehabilitacji lub postępowanie fizjoterapeutyczne. Wypełnić obowiązkowo lub wpisać BRAK.	
Wszczępione 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

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

PROGRAM FIZJOTERAPII

Przeciwwskazania

Cel usprawniania

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

Data wpływu skierowania:

Planowana data wizyty fizjoterapeutycznej:

Planowana data rozpoczęcia fizjoterapii :