

**UWAGA!!!!**

Wypełnione skierowanie prosimy odesłać do ośrodka na adres: **Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno - Wypoczynkowy „Pałac”, Przelazy 20, 66-218 Lubrza** w ciągu **14 dni** od daty wystawienia (przez lekarza) w celu rejestracji. Termin pobytu .....

✂-----✂

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data.....

**Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

**NR PESEL**

Imię i Nazwisko..... I..I..I..I..I..I..I..I..I..I..I..I..I

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia.....

Oznaczenie płci..... Nr telefonu .....

Rozpoznanie.....ICD-10.....

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

.....

	1)	2)	3)	4)	5)
<b>Rodzaj zabiegów:</b>					
<b>Ilość powtórzeń/ czas zabiegu:</b>					
<b>Parametry:</b>					
<b>Okolica ciała:</b>					

.....  
Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,  
uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu  
podpis i pieczętka

<b>L.p.</b>	<b>Data</b>	<b>Rodzaj zabiegu (kod)</b>	<b>Okolica ciała</b>	<b>Podpis wykonującego</b>	<b>Podpis pacjenta</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					