

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

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia.....

Oznaczenie płci..... Nr telefonu

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

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

.....

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

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

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