

145

Pieczęć nagłówkowa z numerem  
umowy z NFZ

Data .....

**Skierowanie na zabiegi  
fizjoterapeutyczne**Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u  
Pacjenta:

PESEL

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Gmina .....

Rozpoznanie .....

ICD-10:

Po rozpoznaniu - choroby przebyte i współistniejące, oraz inne czynniki np. (rozrusznik, metalu w ciele)

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1)	2)	3)
Ilość powtórzeń/czas zabiegu:			
Parametry:			
Okolice ciała:			

Pieczęć i podpis lekarza

## Załącznik nr 5 do materiałów informacyjnych REH

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				