

<i>Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ</i>	Data..... Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne (Fizjoterapia Domowa) Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta: Imię i nazwisko..... Adres zamieszkania..... Gmina PESEL Rozpoznanie..... ICD-10: Skala Rankina: 1 ☐, 2 ☐, 3 ☐, 4 ☐, 5 ☐ Cel zabiegów (określenie dysfunkcji) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 17.5%;">1)</th> <th style="width: 17.5%;">2)</th> <th style="width: 17.5%;">3)</th> <th style="width: 17.5%;">4)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Parametry:</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Okolica ciała:</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <i>Pieczęć i podpis lekarza</i>		1)	2)	3)	4)	<i>Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i>					<i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>					<i>Parametry:</i>					<i>Okolica ciała:</i>				
	1)	2)	3)	4)																						
<i>Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)</i>																										
<i>Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>																										
<i>Parametry:</i>																										
<i>Okolica ciała:</i>																										

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