pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data …….

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE (1310)

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta(ki):

imię i nazwisko …….

PESEL | | | | | | | | | | | |

adres zamieszkania …….

gmina …….

Rozpoznanie ……. ICD-10:

……

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):

……

……

Rodzaj zabiegów (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1. …… …… ……	2. …… …… ……	3. …… …… ……
Ilość powtórzeń/ czas zabiegu	…… ……	…… ……	…… ……
Parametry	…… ……	…… ……	…… ……
Okolica ciała	…… ……	…… ……	…… ……

pieczęć i podpis lekarza

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