

<i>Oznaczenie zakładu wystawiającego skierowanie*</i>	Data wystawienia skierowania:..... SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE
---	--

Do:**Działu Rehabilitacji Medycznej**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjenta:

Imię i nazwisko data urodzenia

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

płeć: kobieta ☐ ; mężczyzna ☐

Adres miejsca zamieszkania.....

W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania:

.....
.....

Rozpoznanie w języku polskim:.....

Kod ICD – 10:

Przyczyna kierowania na rehabilitację - opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego, choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji:

.....
.....

Rodzaj zabiegów	1)	2)	3)
ilość powtórzeń:			
czas zabiegu:			
parametry:			
okolica ciała:			

Pieczęć i podpis lekarza kierującego

Karta zabiegów fizjoterapeutycznych

[illegible]