

## SKIEROWANIE NA FIZJOTERAPIĘ

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
| Imię i nazwisko                          |  | PESEL    |  |
| Miejsce zamieszkania/zameldowania        |  |          |  |
| Rozpoznanie                              |  | ICD - 10 |  |
| Cel rehabilitacji przewidywane rezultaty |  |          |  |
| Choroby współistniejące - przebyte       |  |          |  |

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| Zlecone zabiegi |  |  |  |
| Okolica ciała   |  |  |  |
| Parametry       |  |  |  |

Pieczęć i podpis lekarza