

(pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ)

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie	ICD-10
-------------------	--------------

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

Choroby oraz inne czynniki mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji

	Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1)	2)	3)
	Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	4)	5)	6)
	Ilość powtórzeń/ czas zabiegu:			
	Parametry:			
	Okolica ciała:			

(podpis i pieczęć lekarza)