Nazwa podmiotu kierującego, adres, nr telefonu

Kod identyfikacyjny, nazwa jednostki organizacyjnej i kod resortowy (ZOZ-y)

nazwa komórki organizacyjnej i kod resortowy (Zoz-y),

nr wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską

(indywidualne i grupowe praktyki lekarskie)

Pieczęć nagłówkowa z nr umowy z NFZ

 Data……………………..

 **Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych

u Pacjenta:

 **NR PESEL**

Imię i Nazwisko…………………………………………… I…I…I…I…I…I...I...I...I...I...I...I

Adres zamieszkania…………………………………………………….

 ……………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………….

Oznaczenie płci……………………………………………………….

Rozpoznanie…………………………………………………ICD-10……………………………...

 ………………………………………………………………………………..............

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zabiegów:** | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| **Ilość powtórzeń/czas zabiegu:** |   |   |   |   |   |
| **Parametry:** |   |   |   |   |   |
| **Okolica ciała:** |   |   |   |   |   |

 ……………………………………….

 Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,

 uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu

 podpis i pieczątka