Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data .....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych
u Pacjenta:

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

Admed® MEDICAL PARTNER

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Lp	data	rodzaj zabiegu (kod)	podpis wykonującego	podpis pacjenta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Admed® MEDICAL PARTNER