Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Jaśle
Wiejski Ośrodek Zdrowia w Szebniach
000000010101(Kod res. I)-03(Kod res. V)
Bierówka 50, 38-203 Szebnie
tel.: +48134428003
Gabinet rehabilitacji
000000010101(Kod res. I)-059(Kod res. VII)-1310(Kod res. VIII)
Regon: 37044458100026
Umowa: 0902003705201901

Data .....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

PESEL:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie ..... ICD 10

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji) .....

I. Zlecone zabiegi:

Ilość zabiegów	1)	2)	3)	4)	5) .....
Ilość powtórzeń / czas zabiegu	.....	.....	.....	.....	.....
Okolice ciała	.....	.....	.....	.....	.....

podpis i pieczęć fizjoterapeuty

Wyrażam zgodę na leczenie proponowane przez fizjoterapeutę.
Oświadczam, że nie korzystam w tym czasie z zbiegów fizjoterapeutycznych w innej placówce NFZ.

Podpis pacjenta

Lp.	Data	Wizyta fizjoterapeutyczna (89.00)	Podpis pacjenta
1.			
2.			

	Data										
	Rodzaj zabiegu kod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											
4											
5											
podpis pacjenta											

Data: .....

II. Ocena i opis stanu funkcjonalnego przed rozpoczęciem fizjoterapii:

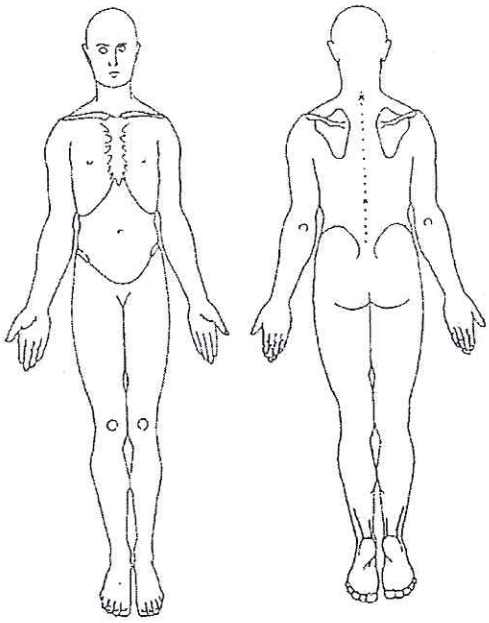
.....

.....

.....

.....

III. Badanie czynnościowe narządu ruchu:



IV. Ocena i opis stanu funkcjonalnego po zakończeniu fizjoterapii w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

V. Zalecenia, co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaśle
Przychodnia Rejonowa Nr 2 Baczyńskiego
000000010101(Kod res. I)-02(Kod res. V)
ul. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 27,
38-200 Jasło, tel.: +48134469440
Gabinet Fizjoterapii
000000010101(Kod res. I)-034(Kod res. VII)-1310(Kod res. VIII)
Regon: 37044458100026
Umowa: 0902003705201901

Data .....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

PESEL:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie ..... ICD 10

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji) .....

I. Zlecone zabiegi:

Ilość zabiegów	1)	2)	3)	4)	5) .....
Ilość powtórzeń / czas zabiegu	.....	.....	.....	.....	.....
Okolice ciała	.....	.....	.....	.....	.....

podpis i pieczęć fizjoterapeuty

Wyrażam zgodę na leczenie proponowane przez fizjoterapeutę.
Oświadczam, że nie korzystam w tym czasie z zbiegów fizjoterapeutycznych w innej placówce NFZ.

Podpis pacjenta

Lp.	Data	Wizyta fizjoterapeutyczna (89.00)	Podpis pacjenta
1.			
2.			

	Data										
	Rodzaj zabiegu kod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											
4											
5											
podpis pacjenta											

Js-Bd-29k Druk: IMPACT Myslowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Data: .....

II. Ocena i opis stanu funkcjonalnego przed rozpoczęciem fizjoterapii:

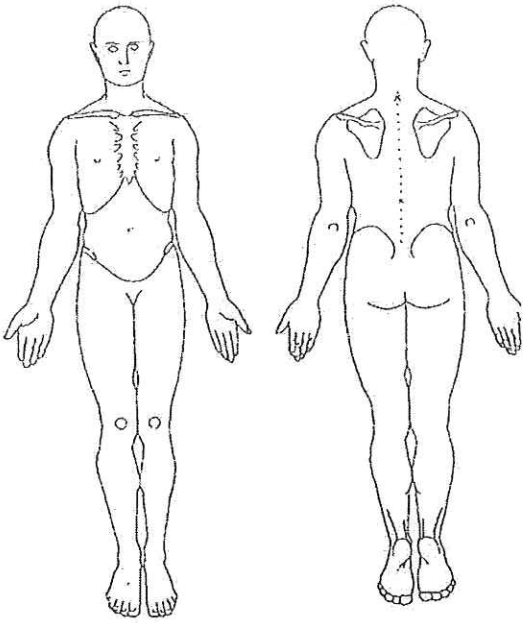
.....

.....

.....

.....

III. Badanie czynnościowe narządu ruchu:



IV. Ocena i opis stanu funkcjonalnego po zakończeniu fizjoterapii w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

V. Zalecenia, co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaśle
Wiejski Ośrodek Zdrowia w Osobnicy
000000010101(Kod res. I)-04(Kod res. V)
Osobnica 779, 38-241 Osobnica
tel.: +48134427596
Gabinet Fizjoterapii
000000010101(Kod res. I)-054(Kod res. VII)-1310(Kod res. VIII)
Regon: 37044458100026
Umowa: 0902003705201901

Data .....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie ..... ICD 10

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji) .....

I. Zlecone zabiegi:

Ilość zabiegów	1)	2)	3)	4)	5) .....
Ilość powtórzeń / czas zabiegu	.....	.....	.....	.....	.....
Okolice ciała	.....	.....	.....	.....	.....

podpis i pieczęć fizjoterapeuty

Wyrażam zgodę na leczenie proponowane przez fizjoterapeutę.
Oświadczam, że nie korzystam w tym czasie z zbiegów fizjoterapeutycznych w innej placówce NFZ.

Podpis pacjenta

Lp.	Data	Wizyta fizjoterapeutyczna (89.00)	Podpis pacjenta
1.			
2.			

	Data										
	Rodzaj zabiegu kod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											
4											
5											
podpis pacjenta											

Js-Bd-30k Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Data: .....

II. Ocena i opis stanu funkcjonalnego przed rozpoczęciem fizjoterapii:

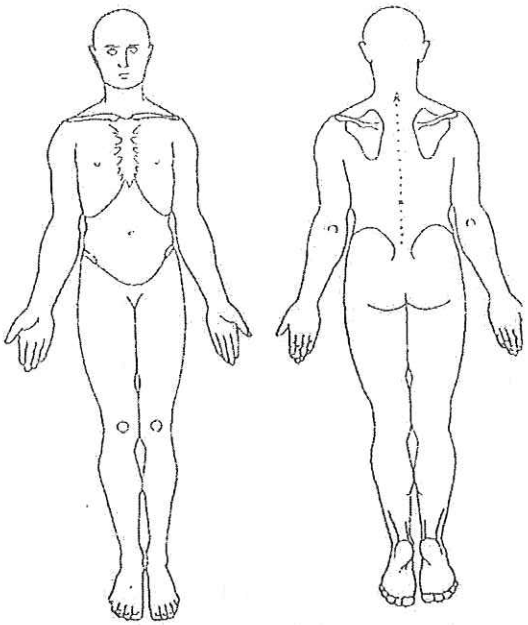
.....

.....

.....

.....

III. Badanie czynnościowe narządu ruchu:



IV. Ocena i opis stanu funkcjonalnego po zakończeniu fizjoterapii w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

V. Zalecenia, co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....