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 .....

INFORMACJA DLA LEKARZA
o realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w Zakładzie Fizjoterapii
w .....

Imię i nazwisko ..... **PŁEĆ: M K**

Data urodzenia ..... **PESEL** .....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego: .....

Adres rodzica/przedstawiciela ustawowego: .....

W dniach od: ..... **do:** .....

ZAPLANOWANE ZABIEGI	WYKONANE ZABIEGI
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Lekarz kierujący na zabiegi .....

Kod ICD-10 (rozpoznanie) .....

Efekt wykonywanych zabiegów: .....

.....

Zalecenia do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego

.....

.....

Zobowiązuję się do osobistego dostarczenia zaświadczenia lekarzowi

.....
Pieczęć i podpis Fizjoterapeuty

.....
Otrzymałem (data i podpis)

Js-Bd-27 Druk: **IMPACT** Kuźnica Warężyńska, tel./fax: (32) 762 94 23

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 .....

INFORMACJA DLA LEKARZA
o realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w Zakładzie Fizjoterapii
w .....

Imię i nazwisko ..... **PŁEĆ: M K**

Data urodzenia ..... **PESEL** .....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego: .....

Adres rodzica/przedstawiciela ustawowego: .....

W dniach od: ..... **do:** .....

ZAPLANOWANE ZABIEGI	WYKONANE ZABIEGI
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Lekarz kierujący na zabiegi .....

Kod ICD-10 (rozpoznanie) .....

Efekt wykonywanych zabiegów: .....

.....

Zalecenia do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego

.....

.....

Zobowiązuję się do osobistego dostarczenia zaświadczenia lekarzowi

.....
Pieczęć i podpis Fizjoterapeuty

.....
Otrzymałem (data i podpis)

Js-Bd-28k Druk: **IMPACT** Kuźnica Warężyńska, tel./fax: (32) 762 94 23

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 .....

INFORMACJA DLA LEKARZA
o realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w Pracowni Fizjoterapii
w .....

Imię i nazwisko .....**PŁEĆ: M K**

Data urodzenia.....**PESEL**.....

Adres zamieszkania.....

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego:.....

Adres rodzica/przedstawiciela ustawowego:.....

W dniach od:.....**do:**.....

ZAPLANOWANE ZABIEGI	WYKONANE ZABIEGI
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Lekarz kierujący na zabiegi.....

Kod ICD-10 (rozpoznanie).....

Efekt wykonywanych zabiegów:.....

.....

Zalecenia do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego

.....

.....

Zobowiązuje się do osobistego dostarczenia zaświadczenia lekarzowi

.....
Pieczęć i podpis Fizjoterapeuty

.....
Otrzymałem (data i podpis)