



OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO SP ZOZ
W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

ul. Sokola 50, 26-110 Skarżysko-Kamienna, tel. 41 27 85 001 wew. 106

NIP 663-16-16-647 REGON 010647314

.....
Data

Informacja dla lekarza kierującego na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Imię i Nazwisko Świadczeniobiorcy:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

ICD 10 :

Termin realizacji zabiegów.....

Informacja na temat przeprowadzonej terapii

<input type="checkbox"/>	kinezyterapia
<input type="checkbox"/>	terapia indywidualna
<input type="checkbox"/>	elektroterapia
<input type="checkbox"/>	magnetoterapia
<input type="checkbox"/>	światłolecznictwo

<input type="checkbox"/>	laseroterapia
<input type="checkbox"/>	okład fango
<input type="checkbox"/>	masaż wibracyjny
<input type="checkbox"/>	hydroterapia
<input type="checkbox"/>	krioterapia

Realizacja celów zabiegowych:

	CELE ZABIEGÓW	OSIĄGNIĘTE CELE		
		TAK	CZĘŚCIOWO	BRAK POPRAWY
1				
2				
3				

Pacjent wymaga dalszej fizjoterapii:

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

.....
Poświadczam odbiór dokumentacji
i zobowiązuje się do przekazania do
lekarza kierującego.

Data i podpis świadczeniobiorcy/Opiekuna

.....
Data, podpis i pieczęć fizjoterapeuty