

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE w roku 2019 w ramach:
„Programu wsparcia w dostępie do rehabilitacji dla mieszkańców Miasta Rybnika
z niepełnosprawnością na lata 2019-2022”

Imię i nazwisko

.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

3. Czy stan zdrowia w chwili obecnej pozwala na korzystanie z zabiegów?

Nie Tak

4. Rodzaj zabiegów

.....

.....

5. Ilość powtórzeń i czas zabiegów

.....

.....

6. Przeciwwskazania

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza