Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ	Data..... **Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko..... PESEL I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I

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	