

## INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO

Pieczęć firmowa Nr umowy z NFZ	Imię i nazwisko .....
	PESEL .....
	Adres .....
	Nr telefon .....
	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

ICD-10 ze skierowania ..... Rozpoznanie w języku polskim.....
Data wystawienia skierowania na zabiegi .....
Data zakończenia postępowania fizjoterapeutycznego .....
Nazwisko, imię, nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego .....

**Informuję, że zabiegi wykonano zgodnie ze zleceniem, tj. bez modyfikacji.**

Uzyskano następujące efekty przeprowadzonej fizjoterapii *: Poprawę: nieznaczną, umiarkowaną, znaczną, całkowitą Brak poprawy Pogorszenie	Wydano pacjentowi następujące zalecenia:
---	--

\* prawidłowe podkreślić

Podpis i pieczęć fizjoterapeuty