

KARTA BADANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO / INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO
SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

Pieczęć firmowa	Imię i nazwisko, Data urodzenia / PESEL, Adres, Nr telefon, Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data ICD-10 ze skierowania, Nazwisko, imię, nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego	
Badanie podmiotowe	
Ocena funkcjonalna przed zabiegami Testy Skala bólu: 0-10 pkt	Ocena funkcjonalna po zabiegach Testy Skala bólu: 0-10 pkt
Uwagi	

Podpis i pieczętka fizjoterapeuty

Imię, nazwisko i PESEL pacjenta:

Zaplanowane postępowanie fizjoterapeutyczne

Zlecone zabiegi	Dawka/Parametry	Liczba powtórzeń	Okolicą ciała
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.

Data, podpis i pieczętka fizjoterapeuty:

LP.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta

Informacja dla lekarza kierującego

Data, podpis i pieczętka fizjoterapeuty