

Pieczęć nagłówekowa zlecającego

.....
miejsowość i data

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

„UZDROWISKO RABKA” S.A.
Ul. Orkana 49, 34-700 Rabka-Zdrój
Uzdrowisko Rabka - Ambulatorium
Zakład Przyrodolecznicy - Fizjoterapia
34-700 Rabka Zdrój ul. Orkana 49
rejestracja tel. 18 26 92 674 (pon-pt 9:00 - 13:00)
e-mail rejestracja-fiz@uzdrowisko-rabka.pl www: uzdrowisko-rabka.pl

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy:

--	--

 —

--	--	--	--

 Miejscowość:

Ulica: nr domu:

Telefon: Oddział NFZ:

2. Dane kliniczne

Rozpoznanie w j. polskim:

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10:

--	--	--

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	Ilość powtórzeń/ czas zabiegu	Parametry	Okolica ciała
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego