

UWAGA!!!!

DOBROWOLNE

-

DODATKOWE

Wypełnione skierowanie prosimy odesłać do ośrodka na adres: **ORW im. prof. W. Degi Gości 89, 66-530 Drezdenko** w ciągu 14 dni od daty wystawienia (przez lekarza) w celu rejestracji. Termin pobytu **Po zarejestrowaniu skierowania można zadzwonić do Ośrodka tel.95-7624238 wew.11 i dowiedzieć się czy zapisane zabiegi będą dostępne dla Pani/Pana w czasie pobytu na turnusie.**

Prosimy o poprawne wypełnienie skierowania (tj. wszystkie rubryki poniżej).

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

Data.....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

NR PESEL

Imię i Nazwisko..... I..I..I..I..I..I..I..I..I..I..I

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Oznaczenie płci.....

Rozpoznanie.....ICD-10.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

	1)	2)	3)	4)	5)
Rodzaj zabiegów:					
Ilość powtórzeń/ czas zabiegu:					
Parametry:					
Okolica ciała:					

.....
Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu podpis i pieczęć