

**UWAGA!!!!**

Wypełnione skierowanie prosimy odesłać do ośrodka na adres: **ORW im. prof. W. Degi Gościm 89, 66-530 Drezdenko** w ciągu 14 dni od daty wystawienia (przez lekarza) w celu rejestracji. Termin pobytu .....

**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

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia.....

Oznaczenie płci.....

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

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

.....

|                                       | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
|---------------------------------------|----|----|----|----|----|
| <b>Rodzaj zabiegów:</b>               |    |    |    |    |    |
| <b>Ilość powtórzeń/ czas zabiegu:</b> |    |    |    |    |    |
| <b>Parametry:</b>                     |    |    |    |    |    |
| <b>Okolica ciała:</b>                 |    |    |    |    |    |

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