

Załącznik nr 4 do Karty oceny zgłoszenia

Pieczętka

Data

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne (fizjoterapia domowa)

Kieruję Pana/Panią.....

Adres zamieszkania

PESEL

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

telefon.....

Rozpoznanie

.....

.....

ICD-10

*Choroby przebyte i współistniejące, inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji.....

.....

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

Skierowanie służy jedynie kwalifikacji do projektu pn. BLISKO, PROFESJONALNIE, Z TROSKĄ- usługi opieki długoterminowej w powiecie jasielskim. Nie zastępuje skierowania do świadczeń gwarantowanych NFZ.