

Data.....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne  
**w domu chorego**

**Pieczęć nagłówkowa  
z numerem umowy z NFZ**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

PESEL

Imię nazwisko.....

I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie (**kwalifikujące na fizjoterapię domową**):

ICD-10:

Choroby współistniejące.....

Podpis i pieczęć lekarza

Data.....

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne  
**w domu chorego**

**Pieczęć nagłówkowa  
z numerem umowy z NFZ**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

PESEL

Imię nazwisko.....

I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie (**kwalifikujące na fizjoterapię domową**):

ICD-10:

Choroby współistniejące.....

Podpis i pieczęć lekarza