



Pieczeńc nagłówkowa lekarza/poradni/przychodni		Data:	
		Zlecenie udziału w wielkopolskim programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej	
Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:			
Pesel:			
Imię i Nazwisko:			
Adres zamieszkania			
Ulica/Osiedle		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo Wielkopolskie	
Rozpoznanie (ICD-10):			
Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:			
<i>*Rodzaj zabiegów:</i>		1)	2)
<i>*Ilość powtórzeń/czas zabiegu:</i>			
<i>*Parametry:</i>			
<i>*Okolica ciała</i>			
		Pieczeńc i podpis lekarza	

***Nie jest wymagane żeby na skierowaniu wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej określać plan zabiegów fizjoterapeutycznych (tj. rodzaj zabiegów, liczbę powtórzeń, parametry, okolicę ciała)**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej