

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy NFZ

Data

**Skierowanie na mobilne domowe zabiegi rehabilitacyjne
ramach projektu „Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego –
POKOLENIA”**

Proszę o wykonanie bezpłatnych domowych zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańca gminy Stężyca:

PESEL.....

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Gmina: **STĘŻYCA**

Rozpoznanie:

Czynniki współistniejące, istotne dla procesu rehabilitacji:

.....

Implanty:

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):

.....

Rodzaj zabiegów	Masaż	Ćwiczenia czynne	Ćwiczenia bierne	Ćwiczenia w odciążeniu	Ćwiczenia w obciążeniu
Ilość GODZIN					
Okolica ciała					

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Wypełniane w trakcie domowych zabiegów rehabilitacyjnych przez rehabilitanta:

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu	l.godz.	Okolica ciała	Podpis wykonującego	Podpis klienta projektu

.....
Potwierdza GOPS