

FIZJOTERAPIA DOMOWA

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

(Imię i nazwisko pacjenta)

(adres zamieszkania)

(telefon)

PESEL Data urodzenia Płeć: M Ż *)

Rozpoznanie (w języku polskim):**Kod ICD-10:**

Cel rehabilitacji:

Opis dysfunkcji:

Uwagi (schorzenia współistniejące, przebyte):

Planowany okres leczenia:

Kod świad.	RODZAJ ZABIEGU	ILOŚĆ ZABIEGÓW	STRONA PRAWA / LEWA	OKOLICA CIAŁA
73	Indywidualna praca z pacjentem (ćw. wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, mobilizacje i manipulacje ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynno-bierne)			
19 / 65	Masaż suchy / limfatyczny ręczny			
67	Pionizacja: czynna / bierna			
13	Nauka czynności lokomocji			
28	Elektrostymulacja			
32	Prądy TENS			
43	Laseroterapia punktowa			
75	Ćwiczenia: wspomagane			
69	Ćwiczenia: -czynne wolne / czynne z oporem			
68	-czynne w odciążeniu			
68	-czynne w odciążeniu z oporem			
70	-izometryczne			
16	Inne: (np. ćw. oddechowe, ćw. równoważne)			

* wybrać i zakreślić jedną odpowiednią pozycję

*) właściwe otoczyć obwódką

.....
data zlecenia.....
podpis i pieczęć osoby zlecającej

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na zlecone zabiegi
- oświadczam, że obecnie nie korzystam i aż do ukończenia zleconego cyklu rehabilitacji domowej nie będę korzystał z innej rehabilitacji refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- oświadczam, że nie korzystam i aż do ukończenia zleconego cyklu rehabilitacji domowej nie będę korzystał ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej
- oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej informacji o wynikach rehabilitacji

Czy w bieżącym roku kalendarzowym była świadczona rehabilitacja domowa w ramach NFZ?

- TAK
- NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę: od do Ilość dni :

.....
data

.....
podpis pacjenta\ opiekuna prawnego

Czy założone cele terapii zostały osiągnięte? (zakreslić właściwe)

- całkowicie
- częściowo
- nie osiągnięto

Opinia, uwagi fizjoterapeuty:

.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis fizjoterapeuty