

KARTA FIZYKOTERAPII

Nazwisko i imię.....

Rozpoznanie.....

Godziny gimnastyki....., godziny masazu.....

Data zlecenia..... (podpis i pieczęć lekarza)

Rodzaj zabiegu	Data zabiegu	Podpis terapeuty	Data zabiegu	Podpis terapeuty
	1.		11.	
	2.		12.	
	3.		13.	
	4.		14.	
	5.		15.	
	6.		16.	
	7.		17.	
	8.		18.	
	9.		19.	
	10.		20.	

UWAGI DOTYCZĄCE PACJENTA:

Zostałem/am poinformowany/a o działaniu biologicznym zabiegu, możliwych odczynach występujących po zabiegu oraz wskazaniach i przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta