

KARTA MASAŻU SUCHEGO

Nazwisko i imię.....

Rozpoznanie.....

Godziny gimnastyki....., godziny masażu.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Data zlecenia.....

Okolica zabiegowa	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