

W-027A Załącznik nr 3

**KARTA FIZYKOTERAPII**

Nazwisko i imię.....

Rozpoznanie.....

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

(podpis i pieczęć lekarza)

Data zlecenia.....

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