


REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

		Data:	
		Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne	
Pieczęć nagłówkowa lekarza/poradni/przychodni		Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020	
			
Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:			
Pesel:			
Imię i Nazwisko:			
Adres zamieszkania			
Ulica/Osiedle		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo Wielkopolskie	
Rozpoznanie (ICD-10):			
Proszę wymienić: choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:			
*Rodzaj zabiegów:		1)	2)
*Ilość powtórzeń/czas zabiegu:			
*Parametry:			
*Okolica ciała			
Pieczęć lekarza		Podpis lekarza	

***Nie jest wymagane aby na skierowaniu wystawianym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej określać plan zabiegów fizjoterapeutycznych** (tj. rodzajów zabiegów fizjoterapeutycznych, liczbę powtórzeń, parametry, okolice ciała).

*W przypadku skierowania wystawianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, skierowanie to może zawierać plan zabiegów fizjoterapeutycznych.

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2396), w którym zmieniły się od 1 stycznia 2019 roku zasady wystawiania skierowań na fizjoterapię ambulatoryjną i fizjoterapię domową.*

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020