



07R-4-40856-05 Data .....

ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ

26-900 Kozienice, Al. Sikorskiego 10/Z

Tel. 48 33 23 269

REGON 141171850-00026

Nr ks. rej. 23230-01-016-1300

## Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie .....

ICD-10:

L.p.	Rodzaj zabiegów	Okolica ciała	Ilość powtórzeń/ czas

.....  
pieczętka i podpis lekarza zlecającego

RHK003

PPHU REMUS, 26-600 Radom, ul. Mieszka I 3, tel. 501 89 35 87, e-mail: biuro@wydruki.radom.pl