



Polskie Towarzystwo Fizjoterapii
Oddział Wielkopolski
PTFwielkopolsko.pl

<i>Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ</i>	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne										Data					
	Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta					PESEL										
Imię i nazwisko																
Nr karty pacjenta												ICD-10:				
Rozpoznanie																
Cel zabiegów																
Rodzaj zabiegu	Kod zabiegu	Okolica ciała			Strona ciała			Liczba zabiegów								
<i>Pieczęć i podpis fizjoterapeuty</i>										PWZFz:						