



## KARTA INFORMACYJNA ODBYTEJ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ DO LEKARZA KIERUJĄCEGO

Nazwisko i imię pacjenta	
PESEL	KOD ICD-10
Termin prowadzonej fizjoterapii : od _____ do _____	
Opis udzielonych świadczeń fizjoterapeutycznych :	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
Stan pacjenta po udzielonym świadczeniu :	
Poprawa :      nieznaczna              umiarkowana              znaczna              całkowita	
Brak poprawy (bez zmian )	
Pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta	
Zalecenia :	
Kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych	
Wskazana kontynuacja postępowania fizjoterapeutycznego :      TAK              NIE	

Potwierdzam odbiór i deklaruję przekazanie  
dokumentu do lekarza kierującego

.....  
data i podpis pacjenta

.....  
data , podpis i pieczęć fizjoterapeuty