

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....**

**KARTA PACJENTA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data rozpoczęcia: .....

Data zakończenia: .....

**Ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa i stawów**

|                           | DATA I FILIA | POTIWERDZENIE WYKONANIA-<br>DATA |
|---------------------------|--------------|----------------------------------|
| Terapia manualna 30 min.  |              |                                  |
| Terapia manualna 30 min.  |              |                                  |
| Terapia manualna 30 min.  |              |                                  |
| Terapia manualna 30 min.  |              |                                  |
| Terapia manualna 30 min.  |              |                                  |
| Zabieg SIS lub TR-Therapy |              |                                  |
| Zabieg SIS lub TR-Therapy |              |                                  |
| Zabieg SIS lub TR-Therapy |              |                                  |