

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

# KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data rozpoczęcia: .....

Data zakończenia: .....

### **Ból szyi i barków**

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA- DATA
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Ćwiczenia instruktażowe		
Ćwiczenia instruktażowe		
Zabieg fizykoterapeutyczny*		
Zabieg fizykoterapeutyczny*		
Zabieg fizykoterapeutyczny*		
Zabieg fizykoterapeutyczny*		
Zabieg fizykoterapeutyczny*		

\* Do wyboru: elektroterapia, krioterapia miejscowa, ultradźwięki, terapia skojarzona, pole magnetyczne niskiej częstotliwości, pole magnetyczne wysokiej częstotliwości, laser niskoenergetyczny.