

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Fizykoterapia

Seria wybranych zabiegów z fizykoterapii*	Data i filia	Potwierdzenie wykonania-Data
Seria wybranych zabiegów z fizykoterapii*		
Seria wybranych zabiegów z fizykoterapii*		
Seria wybranych zabiegów z fizykoterapii*		

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