



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:.....

Data zakończenia:

Napięte mięśnie szyi i barków

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA- DATA
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		