

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Pakiet ból pleców

	DATA I FILIA	POTIWERDZENIE WYKONANIA- DATA
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Ćwiczenia indywidualne		
Laser wysokoenergetyczny lub fala uderzeniowa		
Laser wysokoenergetyczny lub fala uderzeniowa		
Laser wysokoenergetyczny lub fala uderzeniowa		