

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:.....

Data zakończenia:

Pakiet Pourazowy I

| | DATA I FILIA | POTWIERDZENIE WYKONANIA - DATA |
|---|--------------|-----------------------------------|
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| Ćwiczenia indywidualne | | |
| 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.