

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Rwa kulszowa

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA- DATA
Ćwiczenia indywidualne lub masaż całego kręgosłupa		
Ćwiczenia indywidualne lub masaż całego kręgosłupa		
Ćwiczenia indywidualne lub masaż całego kręgosłupa		
Super Indukcyjna Stymulacja lub Terapia Radiofalowa Ukierunkowana		
Super Indukcyjna Stymulacja lub Terapia Radiofalowa Ukierunkowana		
Super Indukcyjna Stymulacja lub Terapia Radiofalowa Ukierunkowana		