



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia.....

Data zakończenia:

Zdrowy kręgosłup II

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA - DATA
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
Masaż całego kręgosłupa		
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.