

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

## KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data rozpoczęcia.....

Data zakończenia: .....

### Kręgosłup bez bólu

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA - DATA
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Masaż odcinkowy		
Seria wybranych zabiegów z fizykoterapii*		
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.