



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia:.....

Data zakończenia:

Pakiet przeciwbólowy

	DATA I FILIA	POTWIERDZENIE WYKONANIA- DATA
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
Terapia manualna 30 min.		
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.