

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		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Ćwiczenia		
Taping		
Taping		
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.