

Nr ks. gł.

INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

(jest dokumentem podlegającym obowiązkowemu zwrotowi po zakończeniu serii zabiegów)

Nazwisko i imię PESEL

Rozpoznanie:

.....
.....

Data rozpoczęcia rehabilitacji.....

Data zakończenia rehabilitacji.....

Lekarz prowadzący

Fizjoterapeuta.....

Psycholog

Terapeuta zajęciowy

Logopeda

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - FIZJOTERAPIA

Lp.	Zabiegi fizjoterapeutyczne	Liczba	Godz.	Sala	Data																			
1.																								
2.																								
3.																								
4.																								
5.																								
6.																								
7.																								
8.																								
9.																								
10.																								
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego zabiegi					Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie zabiegu																			

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - FARMAKOTERAPIA

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Data										
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego			Podpis pielęgniarki przyjmującej zlecenia										