|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ* | | | Data ............................................ | | |
| **SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE**  **MUSI BYĆ WYSTAWIONE JEDYNIE PRZEZ PORADNIĘ SPECJALISTYCZNĄ**  **(skierowania wystawione przez lekarzy rodzinnych będą odrzucane)**  Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta(ki):  imię i nazwisko ............................................................................................................................................................... PESEL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   adres zamieszkania ....................................................................................................................................................... gmina ............................................................................. ICD-10:  Rozpoznanie ....................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................  Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):  ........................................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................ | | | | | |
|  | Rodzaj zabiegów | 1. .................................... | | 2. .................................... | 3. .................................... |
| (dla lekarza poradni  rehabilitacyjnej) | ........................................  ........................................ | | ........................................  ........................................ | ........................................  ........................................ |
| Parametry | ........................................ | | ........................................ | ........................................ |
|  | ........................................ | | ........................................ | ........................................ |
| Okolica ciała | ........................................ | | ........................................ | ........................................ |
|  | ........................................ | | ........................................ | ........................................ |
| pieczęć i podpis lekarza | | |  | | |

Niniejsze skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne **nie będzie** wykorzystywane w ramach NFZ. Wszystkie zabiegi odbywać się będą w zakresie zajęć SOSW w Szymanowie w roku szkolnym 2024/2025

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **WYKAZ ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W SOSW W SZYMANOWIE** |
| **Kinezyterapia** | |
| 1. | Ćwiczenia czynno – bierne |
| 2. | Ćwiczenia czynne w odciążeniu |
| 3. | Ćwiczenia czynne |
| 4. | Ćwiczenia czynne z oporem |
| 5. | Ćwiczenia izometryczne |
| 6. | Ćwiczenia bierne |
| 7. | Ćwiczenia korekcyjne stóp |
| 8. | Ćwiczenia korekcyjne tułowia |
| **Fizykoterapia** | |
| 1. | Jonoforeza |
| 2. | Prądy diadynamiczne |
| 3. | Prądy interferencyjne |
| 4. | Prądy Tensa |
| 5. | Pole magnetyczne |
| 6. | Ultradźwięki |
| 7. | Galwanizacja |
| 8. | Kąpiel wirowa całościowa |
| 9. | Kąpiel wirowa kończyn |
| 10. | Okłady żelowe |
| 11. | Laser |
| **Hipoterapia** | |