

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 2020/2021

Data .....

pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ

**SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE  
MUSI BYĆ WYSTAWIONE JEDYNIEM PRZEZ PORADNIĘ SPECJALISTYCZNĄ  
(skierowania wystawione przez lekarzy rodzinnych będą odrzucone)**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta(ki):

imię i nazwisko .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania .....

gmina .....

ICD-10:

Rozpoznanie .....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji):

.....

Rodzaj zabiegów (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)	1. ....	2. ....	3. ....
Parametry	..... .....	..... .....	..... .....
Okolica ciała	..... .....	..... .....	..... .....

pieczęć i podpis lekarza

<b>WYKAZ ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W SOSW W SZYMANOWIE</b>	
<b>Kinezyterapia</b>	
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
<b>Fizykoterapia</b>	
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
<b>Hipoterapia</b>	