Załącznik Nr 8

do Regulaminu korzystania

z Centrum Pomocy Dziecku

Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie

przy ul. Jasnogórskiej 36 w Częstochowie

z dnia 31.07.2023 r.

Karta zabiegowa

		R:
Nazwisko i imię	**Data urodzenia**	

WSKAZANIA LEKARZA   **DATA**

UWAGI

FIZJOTERAPEUTA PROWADZĄCY:

I. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**
II. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**
III. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**
IV. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**
V. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**
VI. **data od _____ do_____ nazwisko i imię _____**

RODZAJ ZABIEGU	**DATA**																										
KINEZYTERAPIA																											
FIZYKOTERAPIA																											
BASEN																											
MASAŻ																											
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO lub osoby pełnoletniej nieubezwłasnowolnionej																											
PODPIS FIZJOTERAPEUTY																											
	DATA																										
KINEZYTERAPIA																											
FIZYKOTERAPIA																											
BASEN																											
MASAŻ																											
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO lub osoby pełnoletniej nieubezwłasnowolnionej																											
PODPIS FIZJOTERAPEUTY																											