

.....
Pieczętka jednostki lub prowadzącego badanie

.....20.....r.

Zaświadczenie lekarskie / Skierowanie

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie korzystania z zabiegów fizykoterapeutycznych

u:

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
numer PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych dla niżej wymienionych zabiegów fizykoterapii

Rodzaj badania	TAK	NIE
Elektrolecznictwa (prądy TENS, ID, galwanizacja, jonoforeza, DD, elektrostymulacja)		
Światłolecznictwo (lampa na podczerwień)		
Masaż limfatyczny (pneumatyczny)		
Trakcja kręgosłupa		
Kinezyterapia		
Laseroterapia		
Ultradźwięki		
Terapia falą uderzeniową		

2) bezwzględnie zaleca się korzystanie z w.w. zabiegów pod opieką i odpowiedzialnością wykwalifikowanej osoby, posiadającej uprawnienia w zakresie fizjoterapii oraz atestowanego sprzętu medycznego.

Dodatkowe uwagi, wskazania i zalecenia (np. zalecany rodzaj zabiegu, wskazanie części ciała, ilości zabiegów, częstotliwości zabiegów, czy szczególne przeciwwskazania) :

.....
Data, pieczętka i podpis