

.....
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 | | |

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