


Recepta	
Dane placówki	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
	Uprawnienia
	Ch. przewlekle
Dane pacjenta	
Rp.	
Skierowanie na fizjoterapię domową	
Rozpoznanie w języku polskim Kod choroby ICD 10	
	
Data.	dane i podpis lekarza
Data	Podpis i pieczęć lekarza