



SKIEROWANIE NA ZABIEGI REHABILITACYJNE

DANE ZWIERZĘCIA		DANE WŁAŚCICIELA		DANE KIERUJĄCEGO LEK. WET.	
IMIĘ		IMIĘ		PIECZĄTKA	
RASA		NAZWISKO			
WIEK		ADRES			
GATUNEK		TELEFON		TELEFON	
PŁEĆ		E-MAIL		E-MAIL	
WAGA					

RODZAJ ZABIEGÓW

OKOLICA ZABIEGOWA

- Magnetoterapia
- Laseroterapia
- Ultradźwięki
- Elektroterapia
- Masaż
- Kinezyterapia
- Hydroterapia

WYWIAD LEKARSKI

Badanie kliniczne: _____

Podejrzanie: _____

Dotychczasowa terapia/zabiegi: _____

Obecność implantów metalowych (umiejscowienie): _____

Przeciwwskazania lub uwagi: _____