

pieczęć jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

□□-□□-□□□□

**KARTA USPRAWNIANIA LECZNICZEGO**  
Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, ul. Wiejska 9, 87 - 300 Brodnica

Imię i nazwisko .....

PESEL □□□□□□□□□□ lub seria i numer dowodu tożsamości .....

..... Adres zamieszkania .....

.....

.....  
pieczęć, podpis lekarza kierującego

Rozpoznanie/ Choroby współistniejące

Wywiad/ Ocena percepcji

Badania wstępne/ Ocena sprawności

Cel usprawniania

Plan usprawniania

Badania kontrolne/ Data

Uwagi

Ocena końcowa zalecenia