



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
tel. 56 49 869 90
REGON 000302327 NIP 87-1484403

TERMIN WIZYTY LEKARSKIEJ / ZABIEGU

☐ w Poradni Rehabilitacyjnej

☐ w Zakładzie Fizjoterapii

Nazwisko i imię

Data urodz. PISEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Termin wizyty lekarskiej / zabiegu ustala się na dzień godzina

Nr wpisu (dotyczy rejestracji na zabieg)

Rodzaj zabiegu:

1.
2.
3.
4.

W przypadku wizyty lekarskiej / zabiegu, proszę przynieść ze sobą:

☐ WIZYTA LEKARSKA

☐ ZABIEGI

1. Skierowanie.
2. Dokumentację dotychczasowego leczenia.
3. Wypisy / Karty informacyjne leczenia szpitalnego.
4. Zdjęcia RTG (*tomograf, rezonans bądź ich opisy*).
5. Znać leki przyjmowane w stałej kuracji

1. Gazy 1x1 metr, w ilości
2. Bandaż elastyczny.
3. Zalecony lek do zabiegu.
4. Ręcznik kąpielowy i papierowy.
5. Odzież sportową.
6. Obuwie.

Brodnica, dn.

.....
pieczętka i podpis osoby ustalającej termin