



## OPINIA LEKARZA LUB SPECJALISTY Z ZAKRESU REHABILITACJI RUCHOWEJ/FIZJOTERAPII

**Dla potrzeb osoby ubiegającej się o korzystanie z usług**

**na temat rehabilitacji fizycznej i usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu, w zakresie nie objętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020, poz. 1398 ze zm.)**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się, zainteresowanej/nego usprawnieniem zaburzonych funkcji organizmu:.....

2. Adres zamieszkania:.....

3. Czy osoba wyszczególniona w pkt.1. kwalifikuje się do usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nie objętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tak

Nie

4. Jeżeli „Tak”, to w jakim zakresie?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data, podpis lekarza/specjalisty rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii