

## PROGRAM ZWIĘKSZENIA DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

### Informacja dla pacjenta

Nazwisko.....Imię.....

#### Wynik wywiadu lekarskiego z pacjentem:

.....  
.....

Zalecany sposób dalszego postępowania, o którym został poinformowany pacjent (w miejsce właściwej odpowiedzi wstawić X):

1. Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach Programu

Liczba zabiegów:

Rodzaj zabiegów: .....

.....

2. Brak wskazań do zabiegów fizjoterapeutycznych (brak skierowania)

3. Konieczna rehabilitacja w oddziale dziennym lub stacjonarnym


#### Inne zalecenia:

.....  
.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

#### Uwaga:

- Administratorem danych jest Marszałek Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.
- Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Istnieje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- Podanie danych jest dobrowolne.