

PLAN REHABILITACJI WRAZ Z KOSZTORYSEM (WYPEŁNIA TERAPEUTA)

.....
Data

.....
Wiek dziecka

Imię, nazwisko i adres dziecka
.....
.....

.....
Diagnoza
.....

RODZAJ ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH AKTUALNIE STOSOWANYCH U PACJENTA	CZAS TRWANIA ZABIEGU ▪ ile razy w tygodniu, ▪ koszt jednego zabiegu	TYGODNIOWY KOSZT	ŁĄCZNY MIESIĘCZNY KOSZT
Czy rodzice dziecka uczestniczą w nauce procedur rehabilitacyjnych?	TAK	NIE	
Czy możliwe jest kontynuowanie zabiegów przez rodziców	TAK	NIE	

Uprzejmie prosimy o przekazanie rodzicom zestawu ćwiczeń możliwych do kontynuowania w warunkach domowych.

Pieczętka firmy świadczącej usługi rehabilitacyjne

i podpis specjalisty rehabilitanta