

## PLAN REHABILITACJI WRAZ Z KOSZTORYSEM (WYPEŁNIA TERAPEUTA)

.....  
Data

.....  
Wiek dziecka

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

.....  
Diagnoza  
.....

<b>RODZAJ ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH AKTUALNIE STOSOWANYCH U PACJENTA</b>	<b>CZAS TRWANIA ZABIEGU</b> ▪ ile razy w tygodniu, ▪ koszt jednego zabiegu	<b>TYGODNIOWY KOSZT</b>	<b>ŁĄCZNY MIESIĘCZNY KOSZT</b>
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**