Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

Pieczęć Formularz F/259-W/5

Strona 1 z 2

Data……………..……….

**Dział Rehabilitacji**

**Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach**

**25-663 Kielce, ul. Karola Olszewskiego 2A**

**Skierowanie na ambulatoryjną rehabilitację leczniczą w związku z rozpoznaniem choroby:**

zawodowej **□** / parazawodowej **□**
Rozpoznanie:…...……………………….…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………… ICD 10 ..………………………..

Imię i nazwisko:……………………………..…………………..…………….PESEL.................................................
Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………….………..……..…..

Stanowisko pracy: ……………………………………Miejsce pracy…………………………………………………..

Rodzaj narażenia zawodowego będący przyczyną wystąpienia dolegliwości:……………………..……………...

…………………………………………………………………………………………………………………………...….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rodzaj zabiegów: |  |  |  |  |  |
| Ilość powtórzeń/czas zabiegu: |  |  |  |  |  |
| Parametry: |  |  |  |  |  |
|  Okolica ciała: |  |  |  |  |  |

……….……………………………

 Pieczęć i podpis lekarza

Należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| Planowanie zabiegów odbywa się codziennie w Dziale Rehabilitacji Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach od poniedziałku do piątku w gabinecie nr 034. |

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

Formularz F/259-W/4

Strona 2 z 2

 Rodzaj zabiegów wykonywanych w Dziale Rehabilitacji:

**KINEZYTERAPIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod zabiegu** | **Pełna nazwa zabiegu** |
| **1** | ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych (PNF, McKenzie, Vojta) |
| **2** | ćwiczenia bierne |
| **3** | ćwiczenia wspomagane |
| **4** | ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem |
| **5** | ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem |
| **6** | ćwiczenia izometryczne |
| **7** | wyciąg |
| **8** | kinesiologytaping |

 **FIZYKOTERAPIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod zabiegu** | **Pełna nazwa zabiegu** |
| **9** | galwanizacja |
| **10** | jonoforeza |
| **11** | tonoliza |
| **12** | elektrostymulacja |
| **13** | prądy diadynamiczne |
| **14** | prądy interferencyjne |
| **15** | prądy TENS |
| **16** | prądy TRABERTA |
| **17** | prądy KOTZA |
| **18** | ultradźwięki |
| **19** | ultrafonoforeza |
| **20** | pole magnetyczne |
| **22** | naświetlanie promieniami IR (sollux) |
| **23** | laseroterapia  |
| **24** | krioterapia miejscowa |
| **25** | terapia podciśnieniowa |
| **26** | inne  |
| **28** | okłady cieplne |
| **29** | masaż wirowy kończyn dolnych |
| **30** | masaż wirowy kończyn górnych |
| **31** | super indukcyjna stymulacja (SIS) |

\* w pole rodzaj zabiegów wpisz symbol