

院 病 林 小 療 人 醫 法

〒250-0011 神奈川県小田原市栄町丁国14番18号
TEL:0465-22-3161(代)
平成29年 4月 5日 領収No.
発行日

保险区分 93

七二力 712力

氏名 Monika Hysk 妹

請求期間 平成29年 4月 5日

初・再診料	保険	保険外	13,888	1,028
医学管理料				
在宅医療				
検査料				
画像診断料				
投薬料				
処方箋料				
注射料				
リハビリ料				
精神科専門療法				
処置料				
手術料				
麻酔料				
放射線治療				
病理診断料				
合計			13,888	1,028
負担率			100%	
患者負担額			13,888	
一部負担				

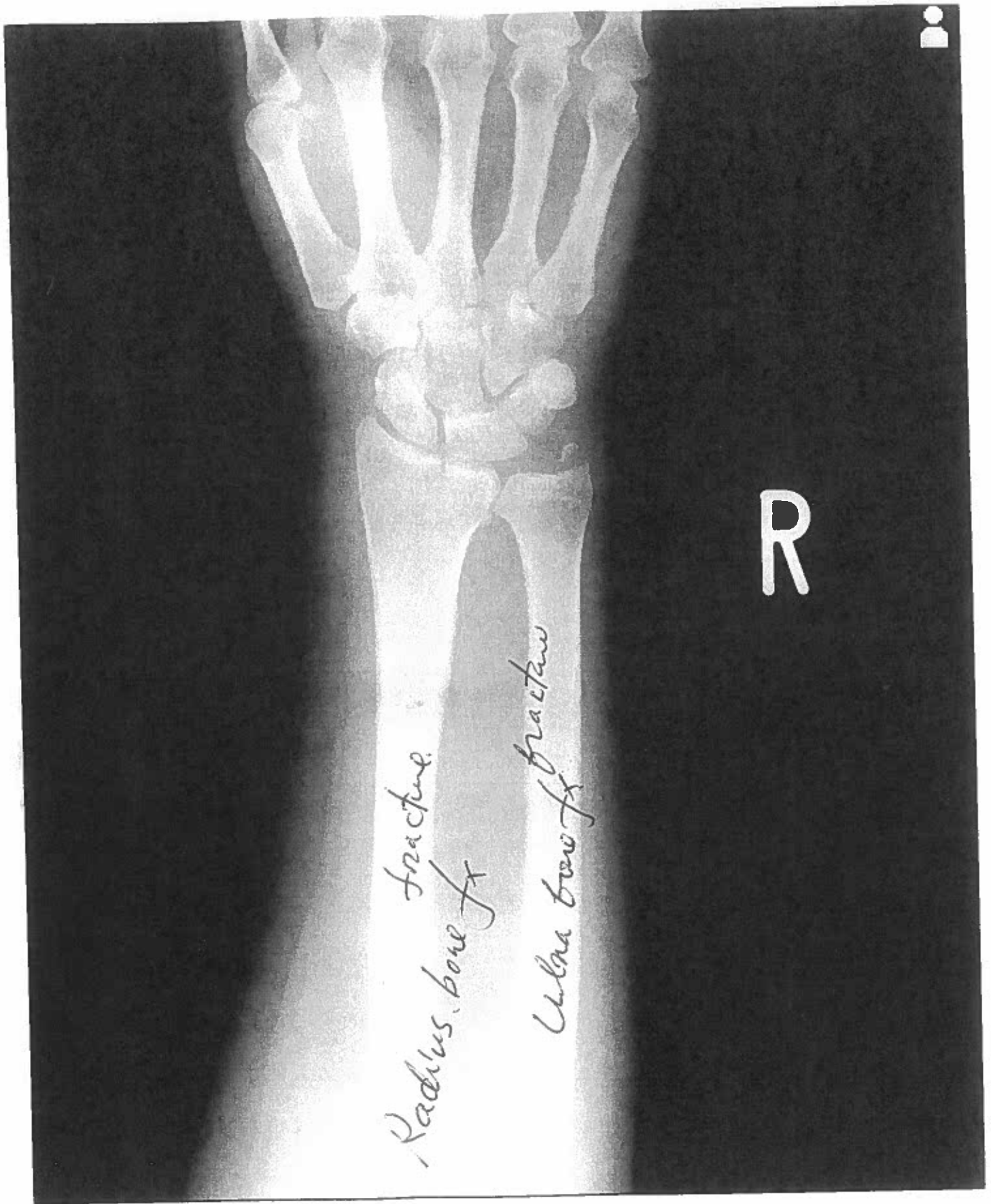
私費	料	費		
文書料				
面談料				
交通費				
自費診療費				
予防接種料				
(非)自費診療費				
公費接種・検診料				
測定料				
合計			④	0
合				

保険診療費 (内消費税)	13,888 1,028
保険減免額	⑤
私費減免額	⑥

今回請求額①-④	⑤-⑥	A	13,888
修正差額	B		
入院未収金			
未収金			
前納金			

請求額合計 (A + B)	13,888
---------------	--------

領收書は確定申告時の医療費控除又は高額医療費の支給を受ける場合に必要ですから大切に保管してください。



29. 4. 5



29. 4. 5

LUX MED Sp. z o.o. 02-676 Warszawa Postępu 21 C
 NIP 527-252-30-80, REGON 14072380300022
 (V cz. kodu 92) Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna
 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej (konsultacje), VII cz. kodu 2232, VIII cz.
 kodu 1580 - Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
 50-088 WROCŁAW SWOBODNA 1
 tel: (71) 756 41 00, fax: (71) 756 41 21
 Nr księgi rejestrowej 000000007392
 KRS 0000265353, Kapitał zakładowy 544728500
 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy

 **Medycyna
Rodzinna**
GRUPA LUXMED

ID: 1262017
ID archiwalne:

WROCŁAW 06-06-2017

Skierowanie na rehabilitację (fizjoterapię)

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię: HYSKA MONIKA

Wiek: 34

Data urodzenia: 01-04-1983

PESEL: 83040116560

Adres: 18-220 DĄBROWA- CHERUBINY, 22

Powód i cel fizjoterapii:

st.p. złamaniu loco typico

Rozpoznanie wg ICD-10:

T92.2 Następstwa złamania na poziomie nadgarstka i ręki

Rodzaje zabiegów:

1 Fizykoterapia - krioterapia miejscowa nadgarstek prawy

Ilość

10

Uwagi:

W przypadku zabiegów z wykorzystaniem leku proszę wpisać nazwę i postać leku:

Nie stwierdzam przeciwwskazań do zleconej rehabilitacji.

lek. med. WOJCIECH DYBEK

Podpis lekarza

WAŻNE INFORMACJE

1. Harmonogram zabiegów należy ustalić w ciągu 14 dni od daty wystawienia skierowania pod rygorem utraty jego ważności.
2. Rozpoczęcie realizacji zabiegów objętych skierowaniem powinno nastąpić w terminie miesiąca od daty wystawienia skierowania.
3. Zakończenie zabiegów objętych skierowaniem następuje po upływie 3 miesięcy od dnia wystawienia skierowania o ile wcześniej uprawniony lekarz, fizjoterapeuta nie przedłużył cyklu zabiegów.

Koordinator
DZIAŁU REHABILITACJI
fizjoterapeuta
Indr. Adam Dąb

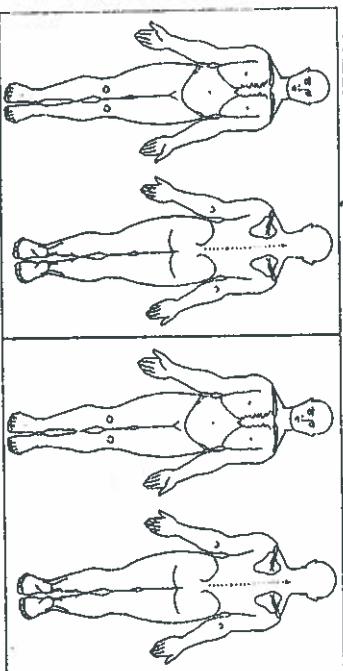
**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

KARTA OCENY PROCESU FIZJOTERAPII

PACJENT.....PESEL.....

Wywiad:

BADANIE: zaznaczyć obszar bólu (XX) oraz ograniczenia ruchomości (X)
PRZED TERAPIĄ PO TERAPII



Skala bólu VAS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Skala Bólu VAS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Terapia:

WALECENIA DLA PACJENTA (dotyczy przedłużenia terapii):

Kontynuacja terapii indywidualnych z fizjoterapeutą w ilości.....

Uzasadnienie decyzji fizjoterapeuty:.....

imię i nazwisko fizjoterapeuty.....

OCENA PROCESU FIZJOTERAPII.....

Ocenę końcową przeprowadził (imię i nazwisko terapeuty).....

Nr księgi rejestrowej
000000007392

05/13102242/01/2017/01
LUX MED SP. Z O.O.
02-676 WARSZAWA, ul. Postępu 21C
NIP 527-252-30-80, REGON 140723603-00022
(Wz. Kodu 92) Centrum Medyczne Medycyna Rodzina
50-088 Wrocław, ul. Swobodna 1
tel. 71 756 41 06, fax 71 756 41 21
KRS 0000255353, KAMINARZANOWSKA 526370010000 PLN

Pieczęć nagłkowa z numerem umowy NFZ

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Data wystawienia skierowania

PELSKA KONIKA

Nazwisko Imię świadczeniobiorcy *

Płatnik
(NFZ, FIRMA, PŁATNE)

Adres zamieszkania *

8304016560

PESEL *

ID

Rozpoznanie w języku polskim *

Kod ICD-10 *

Zlecone zabiegi (rodzaj, okolica zabiegowa, ewentualnie strona ciała, ilość zabiegów w cyklu) :

1. Kineoterapia - mały pręty kto

2. ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

3. Koordynator
DZIAŁU REHABILITACJI
fizjoterapeuta
mgr Artur Ios

4. 31.07.17

Leczący zlecający

* pola obowiązkowe (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.08.2008 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej)

9.06.2017
Data rozpoczęcia zabiegów

Pacjent: HYSKA MONIKA data ur. 1983-04-01

ZABIEGI ZLECONE

151

Krioterapia-F-1

Centrum Medyczne MEDYCYNĄ RODZINNĄ
UL. SWOBODNA 1, 50-088 WROCŁAW
TEL. 71 756 41 06 (08)
rehabilitacja@luxmed.pl

HARMONOGRAM ZABIEGÓW

	151 Krio-F-1							Podpis pacjenta lub opiekuna
2017-06-07 środa	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-08 czwartek	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-09 piątek	09:55 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-12 poniedziałek	09:55 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-13 wtorek	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-14 środa	09:55 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-19 poniedziałek	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-20 wtorek	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-21 środa	09:50 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska
2017-06-22 czwartek	10:05 gab. 33 <i>Uci</i>							Monika Hyska

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

Koordinator
DZIAŁU REHABILITACJI
fizjoterapeuta
31.06.2017 r.

23.06.2017 - 10.20 (33) Miecho
Prosimy zabierać ze sobą na zabiegi:

- ✓ dokument z imieniem i nazwiskiem (np. karta abonamentowa LUXMED)
- ✓ ręcznik
- ✓ strój sportowy (spodenki, koszulka, skarpetki)
- ✓ obuwie zmienne (kłapki, obuwie sportowe na kinezyterapię)
- ✓ wyniki badań diagnostycznych (RTG, MR, TK, wypisy ze szpitala)
- ✓ gaza 1 m2 w ilości sztuk
- ✓ bandaż elastyczny w ilości sztuk

Pacjentom korzystającym z zamkniętych szafek w szatni przypominamy o każdorazowym opróżnianiu szafek i odnoszeniu kluczyka do rejestracji.

UPRZĘJMIĘ PROSIMY O WCZEŚNIEJSZE ODWOŁYWANIE WIZYT.

W przypadku nieobecności pacjenta w pierwszym dniu zabiegowym i niezgłoszenia tego faktu najpóźniej przed planowanym rozpoczęciem zabiegów, zabiegi zostają wykreślone, a zaplanowany harmonogram anulowany, bez możliwości ponownego planowania. Po rozpoczęciu serii zabiegowej, drugi dzień niezgłoszonej nieobecności spowoduje anulowanie zaplanowanych zabiegów i przeniesienie karty do archiwum. Prosimy o zgłaszanie nieobecności na adres mailowy: rehabilitacja@luxmed.pl lub pod nr telefonu 71 756 41 06 i 71 756 41 08 oraz na Callcenter 22 332 28 85. Pacjent przez złożenie podpisu na karcie zabiegowej oświadcza, że zapoznał się z regulaminem udzielania świadczeń zdrowotnych, z kartą praw pacjenta, harmonogramem zabiegów oraz wyraża zgodę na naruszanie nietykalności cielesnej związanej bezpośrednio z prowadzoną terapią.

Podpis pacjenta