



Załącznik nr 4 do Umowy

## KARTA WIZYT FIZJOTERAPEUTY

**Świadczenie usług fizjoterapeutycznych  
na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do Projektu pn.:  
„Mobilna opieka nad osobami starszymi”  
w ramach integracyjnej opieki domowej**

(karta dla każdego tygodnia świadczenia usług fizjoterapeutycznych)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Telefon kontaktowy.....

Data wizyty	Podpis i pieczęć fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna