|  |  |
| --- | --- |
|  | Forma Nr. 044/a, patvirtinta  Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro  2017 m. gegužės 3 d.  įsakymu Nr. V-494 |
| *Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.* |

**Fizinės medicinos ir reabilitacijos PROCEDŪRŲ KORTELĖ**

1. Data.............................................................
2. ESI / Gydymo stacionare ligos istorijos / Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris ...............................................
3. Pavardė, vardas .................................................................................................. 4. Gimimo metai ....................................
4. Diagnozė .............................................................................................................................................................................
5. Paskirtos procedūros:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eil. Nr. | Data | Procedūros pavadinimas | Skaičius | Trukmė | Dozė |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

7. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas .....................................................................................................................................

*(spaudas, parašas)*

1. Atliktos procedūros:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eil. Nr. | Data | Procedūros pavadinimas | Dozė | Procedūros  trukmė | Procedūrą atlikusio specialisto parašas | Kitos pažymos |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |