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

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 .....

5. Diagnozė .....

6. Paskirtos procedūros:

Eil. Nr.	Data	Procedūros pavadinimas	Skaičius	Trukmė	Dozė

7. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas .....
(spaudas, parašas)

8. Atliktos procedūros:

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