

Załącznik Nr 7
do Zarządzenia Nr 72.2026
Dyrektora MOPS
z dnia 24.09.2026 r.

Karta zabiegowa w Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie w Częstochowie

Nazwisko i imię:	Data urodzenia:	Rozpoznanie:

Wskazania lekarza:	
Data:	

Uwagi:	
--------	--

Fizjoterapeuta prowadzący:

I.	Nazwisko i imię:	Data od:	Data do:
II.	Nazwisko i imię:	Data od:	Data do:
III.	Nazwisko i imię:	Data od:	Data do:
IV.	Nazwisko i imię:	Data od:	Data do:
V.	Nazwisko i imię:	Data od:	Data do:

Rodzaj zabiegu:	Data:																											
kinezyterapia																												
fizykoterapia																												
basen																												
masaż																												
Podpis opiekuna prawnego lub osoby pełnoletniej nieubezważasnowolnionej																												
Podpis fizjoterapeuty																												

Rodzaj zabiegu:	Data:																											
kinezyterapia																												
fizykoterapia																												
basen																												

[illegible]

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk**