תאריך: _____

הצהרה על ביצוע טיפול פיזיותרפיה לניקוז ריאתי לחולה CF- שבוצעו ע"י פיזיותרפיסט מוסמך

ימולא ע"י המטפל:

אני _____ - פיזיותרפיסט מוסמך

ביצעתי טיפול פיזיותרפיה לניקוז ריאתי לחולה CF ולהלן הפרטים:

שם החולה _____ מס' ת.ז. _____

הטיפול ניתן/ הטיפולים ניתנו במהלך חודש _____

מספר הטיפולים _____

חתימה וחותמת המטפל בציון מספר רישיון או חתימה ומספר רישיון

_____

_____

ימולא ע"י החולה:

סכום מבוקש להחזר_____

חתימת החולה שקיבל הטיפולים ושילם עבורם_____

חתימת ההורים (במקרה של קטין) _____

_____

_____