

pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie) | |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne **

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) | | |
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) | | |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> kule łokciowe | <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... |
-

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- NIE
- TAK – uzasadnienie.....
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uzasadnienie wnioski

.....

.....

.....

.....
(data).....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje:

.....
.....

Uczulenia:

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16-go roku życia:

.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16-go roku życia:

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)