

Pieczęć zoz lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce zamieszkania*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji ** dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku upośledzenie umysłowe Choroba psychiczna epilepsja schorzenia układu krążenia inne (jakie?)Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne ** Oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) Oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) Wózek inwalidzki Kule łokciowe Inne (jakie?).....Konieczność pobytu opiekuna na turnusie** NIE TAK - uzasadnienieZalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....
Data.....
pieczęć i podpis lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zakreślić