

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania *
PESEL:
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:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Uzasadnienie (pobytu na opiekuna turnusie):
Uwagi (dotyczące pobytu na turnusie):
Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):
Uzasadnienie (wniosku):

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
Data

.....
Pieczęćka i podpis lekarza