

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko
PESEL lub numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne *

- oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne/obustronne)
 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne/obustronne)
 wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie (niezbędność uzasadnienia)*

- NIE
 TAK – uzasadnienie

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć

Uwaga: Wniosek należy wypełnić czytelnie.