

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL lub seria i numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej

**właściwe zaznaczyć