

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres 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 – uzasadnienie

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

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

Uzasadnienie wniosku

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć