

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