

Pieczęć zoz lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres

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

* właściwe zakreślić