
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenie 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:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć