

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
** Właściwie zaznaczyć