

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)

* W przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.