**Załącznik**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**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 wzroku dysfunkcja narządu słuchu

 upośledzenie umysłowe choroba psychiczna schorzenia neurologiczne

 schorzenia układu krążenia schorzenia układu oddechowego schorzenia układu pokarmowego

 schorzenia układu krwiotwórczego zaburzenia mowy i głosu epilepsja

 dziecięce porażenie mózgowe schorzenia układu moczowo-płciowego

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*\***

[ ] protezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne/obustronne)\*

[ ] protezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne/obustronne)\*

[ ] wózek inwalidzki [ ] kule łokciowe [ ] inne (jakie?) ................................................................

**Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:\*\***

[ ] Nie

[ ] Tak – uzasadnienie ..............................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

**Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania ):**

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

**Uzasadnienie wniosku:**

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

................................. ................................................

 Data Pieczątka i podpis lekarza

\*\* Właściwe zaznaczyć