

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:\*\***

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu         | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku           | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu     |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe            | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                  | <input type="checkbox"/> schorzenia neurologiczne      |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia       | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego       | <input type="checkbox"/> schorzenia układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krwiotwórczego | <input type="checkbox"/> zaburzenia mowy i głosu             | <input type="checkbox"/> epilepsja                     |
| <input type="checkbox"/> dziecięce porażenie mózgowe      | <input type="checkbox"/> schorzenia układu moczowo-płciowego |  |

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

- protezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne/obustronne)\*
- protezowanie / zaopatrzenie 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

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\*\* Właściwie zaznaczyć