

.....
(pieczęć zakupu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....
PESEL ,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 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**Właściwe zaznaczyć

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczulenia.....

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....

Odchylenie w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu*