

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL.....

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)

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
PESEL

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej

(wypełniasz tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym)

Niniejszym oświadczam, że:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki,
- w przypadku skróceniu czasu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się ponieść koszty uczestnictwa.

.....
data

.....
podpis opiekuna