

### 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

\*\* Właściwie zaznaczyć