

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

## **WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\*\*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe      | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna        | <input type="checkbox"/> epilepsja                 |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |  |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> protezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) |  |
| <input type="checkbox"/> protezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) |  |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki   | <input type="checkbox"/> kule łokciowe inne (jakie?) ..... |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\*

- Nie
- Tak – uzasadnienie: .....
- .....
- .....

### Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

### Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

---

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.  
\*\* Właściwie zaznaczyć.