

Pieczęćzakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL .....

Adres .....

### 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)-Jaki klimat, zabiegi:.....

### Uzasadnienie wniosku: .....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia**  
**/w przypadku turnusu rehabilitacyjnego wybranego przez osobę niepełnosprawną,**  
**którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne/**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje .....

.....

.....

Uczulenia .....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne .....

.....

.....

Odchylenia 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)