

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **::

- dysfunkcja narządu ruchu
 - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- padaczka
- schorzenie 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 (brak szczegółowego uzasadnienia powoduje nie przyznanie dofinansowania)
-
-
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)