

WNIOSEK LEKARSKI / INFORMACJA O STANIE ZDROWIA TURNUS REHABILITACYJNY

Termin pobytu: 20..... r – 20..... r

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.

		-			-														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres ul. **kod** – **miejsowość**

Rodzaj schorzenia:

- Choroby psychiczne
- Choroby neurologiczne
- Upośledzenie umysłowe
- Narząd wzroku
- Narząd słuchu
- Układ ruchu
- Układ krążenia
- Układ oddechowy
- Inne

Konieczność opieki osoby drugiej:

- TAK
- NIE

Osoba porusza się:

- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- oproteźowanie

Inne - inne

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje, uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)

.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....
.....

Prosimy o dokładne wypełnienie wniosku!

.....
Data i miejscowość

.....
pieczęć i podpis lekarza

***Wniosek po wypełnieniu jest poufny należy go przesłać na adres ośrodka lub przywieźć ze sobą.
Wniosek ważny przy korzystaniu z PRYWATNEGO pobytu (bez dofinansowania).***