WNIOSEK LEKARZA
O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

w miejscowości ..... **w** terminie…..

I. <u>DANE OSOBOWE UCZESTNIKA TURNUSU (wypełnia uczestnik) :</u>

- nazwisko i imię ..... tel. .....
- kod pocztowy ..... miejscowość .....
- ulica ..... data urodzenia .....
- stopień niepełnosprawności (grupa) .....
- Nr ewidencyjny PESEL ……..……
- porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego TAK ☐ NIE ☐
- oprotezowanie kończyn: - górnych TAK ☐ NIE ☐
  - dolnych TAK ☐ NIE ☐
- opiekunem jest (nazwisko i imię) .....
  (wypełnić jeśli lekarz zaleci opiekuna)

==========

II. **<u>INFORMACJA O STANIE ZDROWIA PACJENTA (wypełnia lekarz) :</u>**

- rozpoznanie .....
- choroby współistniejące .....
- wymaga opieki osób drugich TAK ☐ NIE ☐
- ogólny stan psychiczny (przy schorzeniu psychicznym) .....
- przyjmowane leki (dot. choroby psych.) .....

  .....
- w przypadku epilepsji – częstotliwość .....
- przyjmowane leki .....
- uczulenia ……..……
- tętno ..... /min ..... RR .....
- ocena wydolności układu krążenia z Ekg .....

  .....

  .....

Opinie lekarza dotycząca udziału w turnusie TAK ☐ NIE ☐

Przeciwwskazania .....

....

data pieczątka i podpis lekarza