

**WNIOSEK LEKARZA
O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

w miejscowości w terminie.....

I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA TURNUSU (wypełnia uczestnik) :

- 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. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA PACJENTA (wypełnia lekarz) :

- rozpoznanie
- choroby współistniejące
- wymaga opieki osób drugih 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

pieczętka i podpis lekarza
