

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....  
Adres (miejsce pobytu\*) .....

**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)

.....  
\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\***

- dysfunkcja narządu ruchu                       dysfunkcja narządu słuchu                       dysfunkcja narządu wzroku
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- upośledzenie umysłowe                       choroba psychiczna                       padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?).....

### **Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*\***

- oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki     kule łokciowe                       inne
- .....
- .....

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

- NIE
- TAK – uzasadnienie
- .....
- .....

### **Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):**

.....

.....

### **Uzasadnienie wniosku:**

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* Właściwie zaznaczyć