



DOKUMENTACJA SZJ

Strona 1 z 1

ZP-1-5-Z_Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny_v6_30.11.2010.doc.doc

Nadzór elektroniczny - dokument aktualny w dniu wydruku: 2019-01-08 14:14:00

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 jeżeli lekarz zaleci opiekuna)

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

- 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

.....
pieczętka i podpis lekarza