

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Informacja o stanie zdrowia dla Uczestnika turnusu rehabilitacyjnego

**Na podstawie niniejszego dokumentu i wywiadu z Uczestnikiem lub jego Opiekunem,
lekarz w ośrodku zaordynuje zabiegi rehabilitacyjne.**

Imię i Nazwisko

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

Adres

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)