

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub Gabinetu lekarskiego

Skierowanie lekarskie

(po wypełnieniu odesłać do Biura Obsługi Klienta - fax: 71/345-32-44, e-mail: recepcja2@orwzorza.pl)

Nazwa Ośrodka: ORW ZORZA - Dziwnówek

Termin turnusu: ____ - ____ - ____ r. do ____ - ____ - ____ r.

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Rodzaj schorzenia/dysfunkcji

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> narząd wzroku, | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, | <input type="checkbox"/> mózgowie porażenie dziecięce, |
| <input type="checkbox"/> narząd słuchu, | <input type="checkbox"/> układ moczowo-płciowy, | <input type="checkbox"/> wymagające leczenia dietami |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, | <input type="checkbox"/> układ krwiotwórczy, | eliminacyjnymi, |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna, | <input type="checkbox"/> układ pokarmowy, | <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie trzustki, |
| <input type="checkbox"/> padaczka, | <input type="checkbox"/> choroby narządów wydzielania | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu i mowy, |
| <input type="checkbox"/> układ krążenia, | wewnętrznego, | <input type="checkbox"/> onkologiczne, |
| <input type="checkbox"/> układ oddechowy, | <input type="checkbox"/> kobiety po mastektomii, | <input type="checkbox"/> choroby przemiany materii, |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca, | <input type="checkbox"/> endokrynologiczne, | <input type="checkbox"/> dermatologiczne, |
| <input type="checkbox"/> laryngologiczne, | <input type="checkbox"/> metaboliczne, | <input type="checkbox"/> alergia, |
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu, z wyłączeniem | <input type="checkbox"/> rozwoju psychoruchowego, | <input type="checkbox"/> autyzm, |
| osób poruszających się na | <input type="checkbox"/> zespół Downa, | <input type="checkbox"/> wady kręgosłupa, |
| wózkach inwalidzkich, | <input type="checkbox"/> wady genetyczne, | <input type="checkbox"/> wady postawy. |
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu w tym osoby | <input type="checkbox"/> choroby reumatyczne, | |
| poruszające się na wózkach | <input type="checkbox"/> przewlekłe choroby wątroby, | |
| inwalidzkich, | | |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

- NIE**
- TAK** – uzasadnienie:
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Wypełnia Uczestnik

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne do

Zgodnie z art.39 ustawy z dnia 29.08.1997 r. „O ochronie danych osobowych” w imieniu własnym, podopiecznego, członków mojej rodziny, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu świadczenia usług: medycznych, leczniczych i marketingowych. Oświadczam, że jestem upoważniony przez osoby, w imieniu których składam niniejsze oświadczenie do takiego działania w ich imieniu i na ich rzecz. Oświadczam, że zostałem poinformowany przez administratora danych o prawie do wglądu i poprawiania danych osobowych oraz o tym, że dane są chronione zgodnie z postanowieniami ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Uczestnika turnusu/imprezy lub jego prawnego opiekuna

*niepotrzebne skreślić