Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA
POBYT NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM/PROFILAKTYCZNO-ZDROWOTNYM*

Część I (wypełnia wnioskodawca)
1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL ..... nr tel. .....
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: POSIADA/NIE POSIADA*

.....
(stopień niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki)

.....
(symbol przyczyny niepełnosprawności, np. 05-R, 11-I)

Część II (wypełnia lekarz)
1. Badanie podmiotowe

Choroba zasadnicza: ..... ICD 10: .....

Główne dolegliwości wg skali bólu VAS (0 – 10) .....

Choroby współistniejące, np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, przebyte nowotwory, rozrusznik serca, padaczka, osteoporoza i inne:

.....

.....

.....

Dotychczasowe leczenie, przyjmowane leki .....

.....

.....

.....

Wypadki, przebyte zabiegi operacyjne .....

.....

Wykonane badania obrazowe (KT, MRI, RTG, USG) .....

.....

2. Badanie przedmiotowe

Waga ..... Wzrost ..... RR...../..... Tętno ...../min

Skóra, węzły chłonne obwodowe: .....
Układ trawienny .....
Układ krążenia: wg skali NYHA .....
Układ ruchu: zdolność do samoobsługi TAK / NIE*, porusza się przy pomocy sprzętu ortopedycznego .....
Układ nerwowy:
- deficyty ruchowe .....
- deficyty czuciowe .....
- objawy oponowe (test Laseque'a, Slump Test, ULTT 1, 2, 3) .....
- odruchy prawidłowe / patologiczne .....

Część III (wypełnia lekarz)

Stwierdzam / nie stwierdzam* przeciwwskazań do korzystania z rehabilitacji.

Data ....
(pieczęć i podpis lekarza)

** Niepotrzebne skreślić*