WNIOSEK KWALIFIKACYJNY NA TURNUS WYPOCZYNKOWY 2023 R.

Nazwisko i imię.......................................................................... PESEL………............................

Adres: miejscowość- ul. .................................................................................................................

Kod: - \_\_\_- \_\_\_ powiat ........................................................woj.....................................................

Stopień niepełnosprawności (grupa KIZ).......................................................................................

Rozpoznanie: choroba zasadnicza,

.........................................................................................................................................................

schorzenia współistniejące: ............................................................................................................

Wywiad: waga ......................... wzrost, ..................... wzrok, .......................... słuch...................

Układ oddechowy......................................................... trawienny..................................................

Układ moczowo-płciowy ................................................................................................................

Układ ruchu.................................................... rodz. uszkodzenia...................................................

Porusza się: na wózku , o kulach , słabo samodzielnie, samodzielnie,

Protezowanie . wózek */wstawić krzyżyk/*

Układ nerwowy

........................................................................................................................................................

Stan psychiczny ( w przypadku chorego psychicznie) - szczegółowy opis ...................................

.........................................................................................................................................................

przyjmuje leki: ................................................................................................................................

Opinia lekarza kierującego na turnus i zalecania:

W/w kwalifikuje się na turnus ze schorzeniami: narządu ruchu .................................................. ,

Inne: .........................................................................................................................................................

Czynności dnia powszedniego.

Potrzebuje opiekuna przy: ubieraniu się; toalecie; jedzeniu; poruszaniu się w budynku ; terenie

W/w koniecznie potrzebuje opiekun: TAK NIE

Przeciwwskazania............................................................................................................................

Data …………….. Pieczątka i podpis lekarza