

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu¹)

Rodzaj schorzenia lub rodzaj dysfunkcji²

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu
ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narząd
słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu
wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu
krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
.....
..... | |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne²:

- oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki, kule łokciowe,
- inne (jakie?).....
.....

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

- Nie
- Tak - uzasadnienie
-
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

¹wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

²właściwie zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu¹)

.....

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

.....

Podpis i pieczęć lekarza

¹ wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

CZĘŚĆ I - INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu¹)

Rodzaj turnusu.....termin turnusu: oddo

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

¹ wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

CZĘŚĆ II - OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów¹

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani

wraz z opiekunem² w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

.....w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres)

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla: osoby niepełnosprawnejzł

słownie.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej².....zł

słownie zł

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego". Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi⁽²⁾ proszę przekazać na rachunek bankowy:.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

¹ obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004 r.

² niepotrzebne skreślić