



.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres (miejsce pobytu*)
Telefon kontaktowy
Data urodzenia

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje:

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

Uczulenia:

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

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

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

Ograniczenia ruchowe i funkcjonalne uczestnika:

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

Samodzielność w codziennym funkcjonowaniu (poruszanie się, higiena, spożywanie posiłków):

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

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

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia:

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

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia:

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

Dodatkowe informacje istotne dla organizatora turnusu:

- ☐ brak przeciwwskazań do udziału w turnusie rehabilitacyjnym
- ☐ uczestnik wymaga diety specjalistycznej (jakiej?)
- ☐ uczestnik wymaga pomocy osoby trzeciej podczas pobytu
- ☐ uczestnik może korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych
- ☐ przeciwwskazania do zabiegów rehabilitacyjnych (jakie?)

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* dotyczy osób bezdomnych