

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.

4. Rodzaj orzeczenia:

Stopień niepełnosprawności: ZNACZNY, UMIARKOWANY, LEKKI *)

(narządu ruchu, kardiologiczne, oddechowe, neurologiczne, inne – jakie?)

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 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....., osteoporoza*.

Układ nerwowy:

- deficyty ruchowe

- deficyty czuciowe

- objawy oponowe (test Laseque'a, Slamp Test, ULTT 1, 2, 3).....

- odruchy prawidłowe / patologiczne

Część III (wypełnia lekarz)

1. Proponowane zabiegi rehabilitacyjne:
(przy wskazaniu masażu leczniczych, konieczne jest posiadanie prześwietlenia RTG, KT lub MRI).

2. Stwierdzam / nie stwierdzam* przeciwwskazań do korzystania z rehabilitacji w łebie.

Data

(pieczęć i podpis lekarza)

* Niepotrzebne skreślić