

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

### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

**UWAGA!!!**

Druk wypełnia LEKARZ nie wcześniej niż na 3 miesiące  
przed rozpoczęciem turnusu.  
Przedstawić lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania.....

#### Rodzaj schorzenia:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu,   | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna,            |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu (osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich), | <input type="checkbox"/> padaczka,                      |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu,  | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia,    |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe,  | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego, |
|  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....             |

• Rozpoznanie: **ICD-10**.....

• choroby współistniejące **ICD-10**.....

• wymaga opieki  TAK  NIE

• przyjmowane leki.....

.....

• uczulenia.....

.....

• przeciwwskazania do udziału w turnusie rehabilitacyjnym  TAK  NIE

• **przeciwwskazania do korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych:**

TAK, Np.  ONKOLOGICZNE,  ROZRUSZNIK SERCA,  PADACZKA

INNE PRZECIWWSKAZANIA (jakie?) .....

NIE

• Uwagi.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ZCTiR Sp. z o.o w celu realizacji świadczeń oraz ochrony moich żywotnych interesów. Oświadczam, że znane mi są przepisy o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą. Moje dane osobowe udostępniam dobrowolnie oraz wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu do nich, żądanie ich poprawienia lub usunięcia oraz zaprzestania przetwarzania.

**UCZESTNIK TURNUSU/OPIEKUN PRAWNY**

.....  
(data)

.....  
(podpis czytelny)