

.....  
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

## WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ / TURNUS REGENERACYJNY\*

### I. Dane osobowe:

Nazwisko i imię ..... PESEL\*\* .....

Adres zamieszkania .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

### Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka ..... PESEL\*\* .....

### II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

III. Badanie przedmiotowe: waga ..... wzrost ..... RR ..... / ..... tętno ..... / min

Skóra i węzły chłonne obwodowe: .....

Układ oddechowy z oceną wydolności: .....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA: .....

Układ trawienny: .....

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek: .....

Układ ruchu: .....

Zdolność do samoobsługi:  TAK  NIE

Ocena sprawności ruchowej:

poruszający się samodzielnie  poruszający się przy pomocy .....  
(określić rodzaj niezbędnej pomocy)

Układ nerwowy, narządy zmysłu: .....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku (w języku polskim) wg ICD-10

--	--	--	--