

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

lub Gabinetu Lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia uczestnika turnusu rehabilitacyjnego
w dniach

Imię i nazwisko

PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Użytkowanie sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych (np. kule, wózek protezy,
aparatury słuchowe, pampersy)

.....

Przyjmowanie leków (nazwa i dawkowanie)

.....

.....

.....

Inne uwagi o zdrowiu (np. uczulenia, konieczne zabiegi pielęgnacyjne i higieniczne, zalecenia w
zastrzeżeniach objawów chorób przewlekłych)

.....

.....

.....

**CHORY ZABIERA ZE SOBĄ STAŁE LEKI W ODPOWIEDNIEJ ILOŚCI W ORYGINALNYCH
OPAKOWANIACH**

.....

Data

.....

pieczęć i podpis lekarza