

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/gabinetu lekarskiego )

## Wniosek lekarza o skierowanie na pobyt profilaktyczno-leczniczy

Imię i nazwisko .....

Pesel lub numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- Dysfunkcja narządu ruchu
- Osoba poruszająca się na wózku
- Upośledzenie umysłowe
- Padaczka
- Choroba psychiczna
- Schorzenia układu krążenia
- Schorzenia układu oddechowego
- Cukrzyca
- Schorzenia neurologiczne
- Schorzenia laryngologiczne
- Inne (zgodne ze Wpisem do Rejestru Ośrodków OD/32/0012/17 ) .....

Zalecane zabiegi:

- Aquavibron
- Fotel masujący
- Inhalacje
- Hydromasaże
- Krioterapia
- Laseroterapia
- Elektroterapia
- Lampa Sollux
- Magnetoterapia
- Ćwiczenia na przyrządach (Redcord, platforma wibracyjna, platforma masująca, rower, orbitrek, piłki do ćwiczeń itp.)

Uwagi: .....

.....

.....

.....  
( data )

.....  
( pieczęć i podpis lekarza )