

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA\*

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

### I CZĘŚĆ

Rozpoznanie **choroby zasadniczej** (prosimy o zaznaczenie **jednego** schorzenia)

(zgodnie z wykazem chorób umieszczonym we wpisie do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych  
OR/26/0003/17 ORW POLANIKA)\*\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> alergia,  | <input type="checkbox"/> padaczka,                           |
| <input type="checkbox"/> autyzm,   | <input type="checkbox"/> przewlekłe choroby wątroby,         |
| <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe.  | <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie trzustki,      |
| <input type="checkbox"/> celiakia,   | <input type="checkbox"/> rozszczep warg i podniebienia,      |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna,   | <input type="checkbox"/> schorzenia dermatologiczne,         |
| <input type="checkbox"/> choroby narządów wydzielania wewnętrznego,  | <input type="checkbox"/> schorzenia endokrynologiczne,       |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne,  | <input type="checkbox"/> schorzenia kręgosłupa,              |
| <input type="checkbox"/> choroby przemiany materii,  | <input type="checkbox"/> schorzenia laryngologiczne,         |
| <input type="checkbox"/> choroby skóry   | <input type="checkbox"/> schorzenia metaboliczne,            |
| <input type="checkbox"/> choroby układu krwiotwórczego,  | <input type="checkbox"/> schorzenia onkologiczne,            |
| <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego,   | <input type="checkbox"/> schorzenia reumatyczne,             |
| <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego,   | <input type="checkbox"/> schorzenia układu immunologicznego, |
| <input type="checkbox"/> choroby wymagające leczenia dietami<br>eliminacyjnymi,                                    | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego,      |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca,   | <input type="checkbox"/> schorzenia złego wchłaniania,       |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu osób poruszających<br>się na wózkach inwalidzkich,               | <input type="checkbox"/> schorzenia zwyrodnieniowe,          |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z wyłączeniem osób<br>poruszających się na wózkach inwalidzkich, | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia,         |
| <input type="checkbox"/> fenyloketonuria,  | <input type="checkbox"/> skolioza,                           |
| <input type="checkbox"/> hemofilia,  | <input type="checkbox"/> stwardnienie rozsiane,              |
| <input type="checkbox"/> jąkanie się,  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe,              |
| <input type="checkbox"/> mastektomia,  | <input type="checkbox"/> wady genetyczne,                    |
| <input type="checkbox"/> mózgowo porażenie dziecięce,  | <input type="checkbox"/> wady postawy,                       |
| <input type="checkbox"/> mukopolisacharydoza,  | <input type="checkbox"/> zaburzenia depresyjne,              |
| <input type="checkbox"/> mukowiscydoza,  | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu i mowy,            |
| <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy,   | <input type="checkbox"/> zaburzenia nerwicowe,               |
| <input type="checkbox"/> osoby po laryngotomii,  | <input type="checkbox"/> zaburzenia psycho-organiczne,       |
| <input type="checkbox"/> otyłość,  | <input type="checkbox"/> zaburzenia rozwoju psychoruchowego, |
|  | <input type="checkbox"/> Zespół Downa,                       |
|  | <input type="checkbox"/> Zespół Marfana,                     |
|  | <input type="checkbox"/> Zespół                              |

Willipradera,

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....  
.....

Uczulenia i alergie pokarmowe

.....  
.....

Rozszerzanie diety

- Brak przeciwwskazań
- Przeciwwskazania,

jakie?.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....  
.....  
Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych  
.....  
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia  
.....  
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia  
.....  
.....

## II CZĘŚĆ

**Dodatkowo proszę zaznaczyć wskazania do wykonania zabiegów:**

Hipoterapia

Brak przeciwwskazań

Przeciwwskazania, jakie? .....

Ćwiczenia w wodzie

Brak przeciwwskazań

Przeciwwskazania, jakie? .....

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**\*Druk „Informacja o stanie zdrowia” wypełnia:**

**I CZĘŚĆ: lekarz pierwszego kontaktu**

**II CZĘŚĆ:**

**lekarz pierwszego kontaktu:** niepełnosprawność intelektualna lekka i umiarkowana (bez zdiagnozowanej epilepsji/padaczki), autyzm (bez schorzeń towarzyszących oraz bez zdiagnozowanej padaczki/epilepsji)

**LUB**

**lekarz neurolog, ortopeda:** niepełnosprawność intelektualna lekka i umiarkowana (z diagnozą epilepsji/padaczki), niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym i głębokim, zespoły genetyczne (m.in Zespół Downa, Will'y Pradera i in.), MPD, zaniki mięśni (rdzeniowe, ataksje teleangiektazje, SM, dystrofie i inne postępujące), pacjenci z niepełnosprawnością ruchową, pacjenci neurologiczni, po udarach, po wypadkach.

**Informacja jest ważna w danym roku kalendarzowym.**

**Uczestnik turnusu jest zobowiązany do przesłania skanu informacji na adres:**

**[turnusy@polanika.pl](mailto:turnusy@polanika.pl) bądź listownie do Ośrodek Rehabilitacyjno -Wypoczynkowy Polanika\_ ul. Laskowa 95 Chrusty\_26-050 Zagnańsk\_ oraz przedstawienia oryginału w trakcie meldowania w recepcji Ośrodka.**