

Pieczęć zakłady opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS
REHABILITACYJNY HIPOTERAPEUTYCZNY**

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*

choroby psychiczne
narząd wzroku
układ krążenia

choroby neurologiczne
narząd słuchu
układ oddechowy

upośledzenia umysłowe
układ ruchu
inne

Zaopatrzenie ortopedyczne:

.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Pacjent może brać udział w zajęciach hipoterapii

TAK

NIE

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza