Załącznik nr 5 do Zarządzenia Nr 20/2022

Dyrektora MOPR w Słupsku

z dnia 29 marca 2022 r.

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

(pieczęć organizatora turnusu)

**INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

**(wypełnia organizator turnusu)**

Imię i nazwisko uczestnika turnusu: ..................................................................................................

Adres zamieszkania:\* ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .......................................................................................... Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym): ............................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ..............................................................................................................................................................................................................................................................

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu: ............................................................................................... Rodzaj turnusu ( jaki?) .................................................................................................................................................................................................................

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty): ................................................................................. ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ .....................................................................................................................................................................................................

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

(data) (imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie\*\* ⃞ tak ⃞ nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutycz3 ⃞ tak ⃞ nie

jakie zabiegi fizjoterapeutyczne: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej\*\*\* ⃞tak ⃞nie

opis.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(data) (pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

\*\*\* Opisać rolę opiekuna