

**Wniosek lekarza**  
**o objęcie Uczestnika/Uczestniczki rehabilitacją ruchową – usprawniającą**

Wnioskuje o objęcie

Pana/Pani ..... (imię i nazwisko)

wsparciem w formie rehabilitacji ruchowej – usprawniającej, realizowanej w ramach projektu pn. Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych, współfinansowanego przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

1. Rozpoznanie:

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

2. Cel zabiegu/ów (określenie dysfunkcji)

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

3. Wskazane rodzaje sprzętu do ćwiczeń

Rodzaje sprzętu do ćwiczeń/rehabilitacji	TAK <sup>1</sup>	NIE <sup>2</sup>
Ogrodowy zestaw – ławka z rowerkiem		
Talerze/koła, urządzenie do ćwiczeń szyi, ramion, nadgarstków		
Ścieżka z poręczami i pochylnią do ćwiczenia koordynacji		
Tablica z labiryntem wersja dla os. na wózkach		
Chodzik		
Poduszka sensomotoryczna		
Trener dłoni		
Poręcze do nauki chodzenia		
Schody do nauki chodzenia		
Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń rąk		
Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń nóg		
Rower rehabilitacyjny poziomy		
Piłki rehabilitacyjne		
Steper		

<sup>1</sup> W każdej pozycji wpisać T lub N.

<sup>2</sup> W każdej pozycji wpisać T lub N.



Rollery		
Kijki do nordic walking		
Drabinka przyścienna		
Chusty do aerial jogi		

4. Zalecany rodzaj masażu:

Rodzaj masażu	Okolice ciała	Czas zabiegu	Częstotliwość

5. Zalecany rodzaj ćwiczeń usprawniających:

Rodzaj ćwiczeń	Czas ćwiczeń	Częstotliwość

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*