Czy dziecko jest zdolne do
samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych?

TAK	NIE

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

TAK	NIE

.....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

.....
podpis i pieczątka imienna lekarza

miejscowość i data .....

Bezwzględne przeciwwskazania
do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne - według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w Oddziale Regionalnym /Placówce Terenowej KRUS

Kwalifikuję – Tak □ / Nie □

na turnus rehabilitacyjny w ..... **w terminie** .....

.....
/ data/

.....
podpis i pieczątka
lekarza regionalnego inspektora
oddziału regionalnego/placówki terenowej KRUS