…………………………………….

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

# Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.............................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości..................................................................................

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

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

## **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\***

dysfunkcja narządu ruchu

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

schorzenie układu krążenia

padaczka

inne (jakie?).........................................................................................................................

## **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

Nie

Tak – uzasadnienie /czytelnie/

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

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

**Uwagi:**

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

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

(data) (pieczątka i podpis lekarza)