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

(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 dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim upośledzenie umysłowe

dysfunkcja narządu wzrok padaczka

choroba psychiczna inne (jakie?) ...................................

schorzenie układu krążenia ……………………………………..

## Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

## NIE

TAK– uzasadnienie .............................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

Uwagi:

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

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

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

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

(data) (pieczątka i podpis lekarza)