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

 (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)