

.....
 (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 | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenia układu krążenia | ☐ inne (jakie?)..... |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
 (data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza)