

.....
(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:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> 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)
