……………………………………………………….

*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 □ upośledzenie umysłowe

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ choroba psychiczna

□ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka

□ dysfunkcja narządu słuchu □ inne (jakie?) …...............................

□ schorzenia układu krążenia …...................................................

# Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

□ NIE

□ TAK – uzasadnienie …………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

UWAGI ……………………………………………………….…………………………………………….........……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

………………..…..……… ………..……………………………………. (data) (pieczątka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć