…………………………….., dnia ………………

………………………………………………………………………….

*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 ……………………………………………………….…………………………………………….........…………………………………………………………………………………………

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

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

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć