

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć