

.....
(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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie ?) |

.....

- schorzenie układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK uzasadnienie :

.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis)