……………………………………………………….

*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

## - 3 -