

.....
(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

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenie układu krążenia

inne (jakie?).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:___

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)