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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko ………………………………………………………..……………………...............

PESEL albo numer dokumentu tożsamości……………………………………………………......

Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1) …………………………………………………………………………………

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

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji[[2]](#footnote-2)**

dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna padaczka

schorzenia układu krążenia inne( jakie) ………..……………

……………………………………….

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK –uzasadnienie………………………………………………………………………………....

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

Uwagi

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………. ………………………………

( data) ( pieczątka i podpis lekarza)

1. W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)