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

 (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)