

.....
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 |
| ☐ schorzenia układu krążenia | ☐ inne (jakie?)
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.