(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 wzrok 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

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

(data) (pieczątka i podpis lekarza)