(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)