

.....
(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

☐ schorzenie układu krążenia

☐ inne

(jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)