

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL albo numer dokumentu tożsamości** .....

**Adres \*** .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\*\***

- dysfunkcja narządu ruchu

- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

- dysfunkcja narządu wzroku

- choroba psychiczna

- schorzenie układu krążenia

- dysfunkcja narządu słuchu

- upośledzenie umysłowe

- padaczka

- inne ( jakie ).....

.....

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

- Nie

- Tak - uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

**Uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

( data )

.....

( podpis i pieczęć lekarza )

\* - W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* - Właściwie zakreślić (lub wstawić znak "X" w odpowiednią kratkę).