

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania \* .....

.....

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe      |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         |   |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....

(data )

.....

(pieczęć i podpis lekarza)