

.....  
(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

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

choroba psychiczna

schorzenia układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu

upośledzenie umysłowe

padaczka

inne (jakie?) .....

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

Nie

Tak – uzasadnienie .....

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

### **Uwagi:**

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)