

.....
*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

upośledzenie umysłowe

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

choroba psychiczna

dysfunkcja narządu wzroku

padaczka

dysfunkcja narządu słuchu

inne (jakie?)

schorzenia układu krążenia

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

NIE

TAK - uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć