



.....

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
- padaczka
- dysfunkcja narządu słuchu
- inne (jakie?)
-
-
- schorzenia układu krążenia



Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK

– uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

UWAGI

.....

.....

.....

.....

.....

(data) (pieczętka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć