

(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

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

upośledzenie umysłowe

dysfunkcja narządu wzroku

padaczka

choroba psychiczna

inne (jakie?)

schorzenia układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK - uzasadnienie

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)