

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

## **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokument tożsamości.....

Adres zamieszkania\* .....

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

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

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

Nie

Tak – uzasadnienie:

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

### **Uwagi:**

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)