

.....  
(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\*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu 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

- TAK – uzasadnienie  NIE

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)