……..
(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
  - □ Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- □ Dysfunkcja narządu wzroku
- □ Choroba psychiczna
- □ Schorzenie układu krążenia
- □ Dysfunkcja narządu słuchu
- □ Upośledzenie umysłowe
- □ Padaczka
- □ inne (jakie?) ……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- □ NIE
- □ TAK – uzasadnienie ……...
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..

Uwagi:

……
……
……
……

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

…… ……..
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*