

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- dysfunkcja narządu ruchu lub schorzenie neurologiczne w tym :
 - osoba poruszająca się przy pomocy kul
 - osoba poruszająca się przy pomocy balkoniku
 - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 - inna dysfunkcja narządu ruchu
 - inne schorzenie neurologiczne
 - schorzenie układu krążenia
 - choroba psychiczna
 - upośledzenie umysłowe
 - padaczka
 - dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne(jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)