

.....  
(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

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ schorzenia układ krążenia

☐ inne (jakie?).....

.....

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

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

### **Uwagi:**

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)