

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego.

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji : **

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

epilepsja

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?)

.....
.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: **

Nie

Tak – uzasadnienie:

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

Uwagi:

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwie zaznaczyć