

.....
(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"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne, (jakie?)..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak – (szczegółowe uzasadnienie potrzeby wyjazdu z opiekunem).....
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)