

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARSKI
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"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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