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 układu krążenia ⁬ inne (jakie?) ……………………………….

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:\*\***

⁬ NIE

⁬ TAK – uzasadnienie…...……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Uwagi:**

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

………………………………. …………………………………

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)