

.....  
pieczętka 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

☐

choroba psychiczna

☐

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐

padaczka

☐

dysfunkcja narządu słuchu

☐

schorzenie układu krążenia

☐

dysfunkcja narządu wzroku

☐

inne (jakie?) .....

☐

upośledzenie umysłowe

.....

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

☐

NIE

☐

TAK – uzasadnienie .....

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

### UWAGI:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza )

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

