

.....
(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
 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

- dysfunkcja narządu wzroku
 choroba psychiczna
 schorzenie układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu

upośledzenie umysłowe

padaczka

inne (jakie?).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK - konieczne uzasadnienie

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

Uwagi

.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)