……...
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko…….....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*…….…….....

…….

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

□ dysfunkcja narządu ruchu

□ osoba poruszając się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narządu wzroku

□ choroba psychiczna

□ schorzenie układu krążenia

□ dysfunkcja narządu słuchu

□ upośledzenie umysłowe

□ padaczka

□ inne (jakie?)…….

……..

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie

□ NIE

□ TAK – uzasadnienie.....……..….. …….……

……...……...……..……

……..……..……

……...……..……

……..……..……

……..……..……

Uwagi:

…….....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

……..….. ……

(data) *(podpis i pieczątka lekarza)*