

.....
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 ☐ upośledzenie umysłowe
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim ☐ choroba psychiczna
☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ padaczka
☐ dysfunkcja narządu słuchu ☐ inne (jakie?)
☐ schorzenia układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
☐ TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć