



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

dysfunkcja narządu ruchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

choroba psychiczna

schorzenia układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu

upośledzenie umysłowe

padaczka

inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym*

NIE

TAK -uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGI:

.....

.....

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwie zaznaczyć