

.....
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