

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu w przypadku osoby bezdomnej)

.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu osoba porusza się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba psychiczna
- schorzenie układu krążenia
- upośledzenie umysłowe
- padaczka
- inne (jakie?)

.....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

Uwagi (zalecenia, wskazania, przeciwwskazania):

.....

.....

.....

*właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)