

.....
(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

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenie układu krążenia

inne, (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

Uwagi:

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć