

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
 Tak – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

