

.....
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*:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
data

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* Właściwe zaznaczyć
** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu