

.....
pieczętka 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 | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ padaczka |
| ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ schorzenie układu krążenia |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ inne (jakie?) |
| ☐ upośledzenie umysłowe | |

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

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