

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

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY<sup>1</sup>

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania<sup>2</sup> .....

.....

### RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI<sup>3</sup>:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |  |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> Padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> Schorzenie układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....        |

.....

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE<sup>3</sup>:

- NIE
- TAK - uzasadnienie: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

<sup>1</sup> Wniosek ważny jest przez okres 30 dni od daty wystawienia

<sup>2</sup> W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

<sup>3</sup> Właściwie zaznaczyć