…………………………………………

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

 □ NIE

 □ TAK- uzasadnienie …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

**Uwagi:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\* Właściwe zaznaczyć.

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

(data) (pieczątka i podpis lekarza)