…………………………………………

(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)