

.....  
(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"/> 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?).....<br>..... |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)