

.....  
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"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
|   | .....  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie .....

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

### Uwagi:

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

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.