

.....  
 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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna    |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka              |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....    |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....                                          |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*\*

- ☐ NIE
- ☐ TAK - uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

#### Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....  
 data

.....  
 ( podpis i pieczęć lekarza)

\* Ww. przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

Należy wypełnić wszystkie pozycje wniosku, w przypadku ich nie uzupełnienia wniosek zostanie uznany za niekompletny i zwrócony wnioskodawcy.