

.....  
(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

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenie układu krążenia

inne (jakie?).....

.....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**\_\_\_

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)