

.....  
(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"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         |  |
| <input type="checkbox"/> 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)