

.....  
(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<br><input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu   |
| <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

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)