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

 (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  upośledzenie umysłowe

dysfunkcja narządu wzroku  padaczka

choroba psychiczna  inne(jakie?).....................................................

 schorzenia układu krążenia ............................................................

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

 NIE

 TAK - uzasadnienie

**Uwagi:**

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

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

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)