

.....  
(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

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)