

.....  
(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

schorzenia 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)