



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko:.....

.

PESEL:.....

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"/> inne (jakie?) .....       |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 |  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

- NIE
- TAK – uzasadnienie
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**UWAGI:**

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* właściwe zaznaczyć