

.....  
(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

schorzenie 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)