

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania.....

(miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenia układu krążenia osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak -

uzasadnienie

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwie zaznaczyć