(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej Załącznik nr 1

 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
* osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
* dysfunkcja narządu wzroku
* choroba psychiczna
* schorzenie układu oddechowego i krążenia (jakie?.......................................................)
* schorzenie neurologiczne
* zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
* upośledzenie umysłowe
* padaczka
* całościowe zaburzenie rozwojowe
* 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)