

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Załącznik do wniosku
o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego

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)