

## 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)