

.....  
(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  
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  
dysfunkcja narządu wzroku  
choroba psychiczna  
schorzenie układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu  
upośledzenie umysłowe  
padaczka  
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)