

.....
pieczętka 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

choroba psychiczna

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

padaczka

dysfunkcja narządu słuchu

schorzenie układu krążenia

dysfunkcja narządu wzroku

Inne (jakle?)

upośledzenie umysłowe

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

NIE

TAK – uzasadnienie

UWAGI:

.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć