

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku | <input type="checkbox"/> schorzenie układ krążenia | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narząd wzroku | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| | | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

Nie

Tak - uzasadnienie:

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)