

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania

.....
lub miejsce pobytu (dot. osób bezdomnych)

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- upośledzenie umysłowe choroby psychiczne padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne(jakie ?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie

Uwagi:

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* Właściwe zaznaczyć