

.....  
(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

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ schorzenia układu krążenia

☐ inne (jakie?).....

.....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie: .....

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

### Uwagi:

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)