

.....  
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\*\***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja nadządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna    |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka              |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....    |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*\***

- NIE
- TAK - uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
( podpis i pieczęć lekarza)

---

\* Ww przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  
\*\* Właściwe zaznaczyć.  
**Należy wypełnić wszystkie pozycje wniosku, w przypadku ich nie uzupełnienia wniosek zostanie uznany za niekompletny i zwrócony wnioskodawcy.**