ON.700…….2025

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

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 nadządu ruchu □ upośledzenie umysłowe

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narzadu wzroku □ choroba psychicna

□ dysfunkcja narządu słuchu □ padaczka

□ schorzenia układu krążenia □ inne (jakie?).......................................

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

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

□ **NIE**

**□TAK -** **uzasadnienie** ............................................................................................................................

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

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

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

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

**Uwagi**

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

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

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

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

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

data ( podpis i pieczątka 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.**