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.**