

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego.

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji : \*\*

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

.....  
.....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: \*\*

- Nie  
 Tak –  
uzasadnienie .....

.....

### Uwagi:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* Właściwie zaznaczyć