

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
 Tak – uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

UWAGI:

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

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)