

Załącznik: Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko _____

PESEL albo numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania¹ _____

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji²

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> Padaczka |
| <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> Schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> Inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak- uzasadnienie _____

Uwagi _____

Data, pieczęć i podpis lekarza _____

¹ W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

² Właściwie zaznaczyć