

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna (ważny 3 miesiące)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
 Tak – uzasadnienie

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć