

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....
 data

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

Wybór 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"/> upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> padaczka
<input type="checkbox"/> choroba psychiczna	<input type="checkbox"/> inne(jakie?)
<input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia	

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

Nie

Tak - uzasadnienie.....

.....

Uwagi:

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć.

.....
 Pieczęć i podpis lekarza wypełniającego wniosek