

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI (właściwe zaznaczyć X)

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- choroby neurologiczne
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?)

Uwagi

.....
.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie (właściwe zaznaczyć X)

- NIE
- TAK – wyraźne opisanie konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

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

.....
(data) (pieczętka i podpis lekarza)