

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

(Wniosek wypełnia w całości lekarz)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania/ pobytu

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

.....
pieczęć i podpis lekarza