*…………………………………………..*

*( pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

 *lub gabinetu lekarskiego)*

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………

PESEL albo numer dokumentu tożsamości……………………………………………………………………….

Adres zamieszkania\*………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\***

 dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim upośledzenie umysłowe

 dysfunkcja narządu wzroku padaczka

 choroba psychiczna inne (jakie)……………………………..

 schorzenie układu krążenia ………………………………………….

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

 NIE

 TAK –uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uwagi:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

 …………………………………..

 Data, pieczątka i podpis lekarza