*…………………………………………..*

*( 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