…………………………………..

 *(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

* Dysfunkcja narządu wzroku € Upośledzenie umysłowe
* Choroba psychiczna € Padaczka
* Schorzenie układu krążenia € inne (jakie?) …………………………………

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

* NIE
* TAK – uzasadnienie …………………………………………………………………………………...

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

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

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

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

**Uwagi:**

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

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

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

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

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

……………………………… ….………………………………..

 *(data)*  *(pieczątka i podpis lekarza)*