**……………………………………….**

*(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)* |