**……………………………………….**

*(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)*  |