

í í í í í í í í í í í í í í í ..
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania* í

í

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

dysfunkcja narządu ruchu
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
dysfunkcja narządu wzroku
choroba psychiczna
schorzenie układu kręgowego

dysfunkcja narządu słuchu
upośledzenie umysłowe
padaczka
inne (jakie?) í í í í í í í í í .

í í í í í í í í í í í í í í í í

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK ó uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Wskazać miejsce zaznaczyć .

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)