



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu słuchu upośledzenie umysłowe schorzenia układu krążenia
- dysfunkcja narządu wzroku choroba psychiczna inne
- dysfunkcja narządu ruchu epilepsja

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

NIE TAK

Uzasadnienie pobytu opiekuna na turnusie :

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

Uwagi:

.....
.....

Data.....

.....

pieczętka i podpis lekarza