

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> upośledzenia umysłowe | <input type="checkbox"/> inne (jakie)
..... |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

Nie

Tak – uzasadnienie:

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

Uwagi:

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

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

