

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*).....

#### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

dysfunkcja narządu ruchu     dysfunkcja narządu słuchu     dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe                       choroba psychiczna                       epilepsja

schorzenia układu krążenia                       osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

inne (jakie?).....

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\*

Nie

Tak-uzasadnienie.....

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

#### Uwagi:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwie zaznaczyć