……………………………………………

*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
* Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
* Choroba psychiczna
* Schorzenie układu krążenia
* Dysfunkcja narządu słuchu
* Upośledzenie umysłowe
* Padaczka
* 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*