(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 **** dysfunkcja narządu słuchu

**** osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

**** dysfunkcja narządu wzroku **** upośledzenie umysłowe

**** choroba psychiczna **** padaczka

**** schorzenie układu krążenia **** inne (jakie?)..........................................

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*\***

** NIE**

## TAK – uzasadnienie

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

**Uwagi:**

**Pacjent zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, jeżeli program będzie przewidywał zabiegi fizjoterapeutyczne.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*Właściwe zaznaczyć

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

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)