

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**  
**(wypełnia lekarz)**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

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

- dysfunkcja narządu ruchu
  - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
  - dysfunkcja narządu wzroku
  - choroba psychiczna
  - schorzenia układu krążenia
  - dysfunkcja narządu słuchu
  - upośledzenie umysłowe
  - padaczka
  - inne(jakie?).....
- .....
- .....
- .....

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym**

- Nie
  - Tak - uzasadnienie.....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Uwagi:**

.....

.....

.....  
Data

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

---

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć