

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania*

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-

Posiadane orzeczenie **

- | | | | |
|---|----------|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności | znacznym | umiarkowanym | lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |
| c) o całkowite / o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | | |

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć