

.....  
(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