……………………………………………………… Załącznik nr 1

 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 (miejsce pobytu)**[[1]](#footnote-1)** .....……………………………………………………………………........

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:[[2]](#footnote-2)**

□ dysfunkcja narządu ruchu

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narządu słuchu

□ dysfunkcja narządu wzroku

□ upośledzenie umysłowe

□ choroba psychiczna □ epilepsja

□ schorzenia układu krążenia

□ inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………..

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

□ Nie

□ Tak – uzasadnienie …………………………………………………………………..………...........

……………………………………………………………………………………..…………...………

………………………………………………………………………..................................................... ................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………….

**Uwagi:**

……………………………………………………………………...…………………………………..

……………………………………………………………………...………………………..…………

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

 W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce aktualnego pobytu.

 2 Właściwe zaznaczyć.

 ………………….. ………………………………..

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)