

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARSKI  
O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

**Imię i nazwisko** .....  
**PESEL albo numer dokumentu tożsamości** .....  
**Adres zamieszkania** .....  
.....

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

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie  
 Tak – uzasadnienie

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

**Uwagi:**

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* właściwe zaznaczyć