Załącznik nr 2

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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

 Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko..................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.......................................................

Adres zamieszkania \*.......................................................................................

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

 dysfunkcja narządu ruchu  dysfunkcja narządu słuchu  osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

  dysfunkcja narządu wzroku  upośledzenie umysłowe

  choroba psychiczna  padaczka

  schorzenie układu krążenia  Inne (jakie?)...................

…………………………………………………………………………………………………

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

□ NIE

□ TAK - uzasadnienie...................................................................................................

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

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

Uwagi:

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

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

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

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

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\*Właściwe zaznaczyć.

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

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)