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)