

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK**  
**LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres zamieszkania (lub pobytu).....

.....

**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"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*:**

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

---

\* właściwie zaznaczyć