

## WNIOSEK LEKARZA 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"/> 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:

**Pacjent zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, jeżeli program będzie przewidywał zabiegi fizjoterapeutyczne.**

.....

.....

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)