

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

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

/ wniosek należy wypełnić czytelnie /

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: **

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> choroba neurologiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba reumatyczna | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> inne (jakie ?) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie***

- Nie
- Tak (konieczne uzasadnienie)

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

Uwagi:

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

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć.

*** **wniosek lekarza ma zawierać „ wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem**

konieczności pobytu opiekuna” - Rozdział 3 , § 4, ust 2, pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007r., Nr 230, poz. 1694).

