

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Załącznik nr 1

**WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA
TURNUS REHABILITACYJNY**

UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> schorzenia ukł. krążenia | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narząd słuchu | <input type="checkbox"/> choroby psychiczne |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia ukł. oddechowego | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenia neurologiczne | <input type="checkbox"/> osoby na wózku inwalidzkim | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć.

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza