

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(proszę wypełnić czytelnie)

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 konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:
(**UWAGA: w związku z możliwością uzyskania dofinansowania ze środków PFRON do pobytu opiekuna na podstawie niniejszego uzasadnienia proszę o szczegółowe opisanie okoliczności potwierdzających brak możliwości samodzielnego pobytu osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym**)

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

Uwagi:

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

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsca pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)