**Załącznik nr 1**

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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

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 schorzenia układu krążenia

inne (jakie) .........................................................................................................................................

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie \*\***

NIE

TAK – uzasadnienie

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uwagi:**

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

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

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* właściwe zaznaczyć

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

(data) (pieczątka i podpis)