**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)