

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i Imię
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

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

Konieczność pobytu o p i e k u n a na turnusie **

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-

Uwagi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.