

Pieczęć zoz lub gabinetu lekarskiego

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*

- dysfunkcja narządu ruchu     dysfunkcja narządu słuchu     dysfunkcja narządu wzroku  
 upośledzenie umysłowe     choroba psychiczna     epilepsja  
 schorzenia układu krążenia     inne (jakie?) .....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)  
 oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)  
 wózek inwalidzki     kule łokciowe     inne (jakie?) .....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*

- NIE  
 TAK – uzasadnienie .....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

---

\* właściwe zakreślić