#### **Załącznik nr 2** do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).

###  Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

|  |
| --- |
|  ....................................................................... 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
* osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
* dysfunkcja narządu wzroku
* choroba psychiczna
* schorzenie układu krążenia
* dysfunkcja narządu słuchu
* upośledzenie umysłowe
* padaczka
* inne (jakie?) .............................................

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

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

* **NIE**
* **TAK** UZASADNIENIE ...........................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

Uwagi:

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

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

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* **wniosek lekarza ma zawierać „wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna”** – *Rozdział 3, §4, ust 2, pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694).*

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

 **data pieczątka i podpis lekarza**

# UWAGA. Po wypełnieniu wniosku przez lekarza należy zrobić kopię i przedłożyć organizatorowi turnusu.