

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**

(należy wskazać główne schorzenie/a z którego/ych wynika konieczność rehabilitacji)

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

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza

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