

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)

Imię i nazwisko

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- NIE
 TAK – uzasadnienie

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

Uwaga: Wniosek należy wypełnić czytelnie.