Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 15 listopada 2007r. (Dz. U. Nr 230 poz. 1694)

…….
(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 słuchu
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ upośledzenie umysłowe
☐ choroba psychiczna
☐ padaczka
☐ schorzenie układu krążenia
☐ inne (jakie?) …….....
..……..

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ Nie
☐ Tak - uzasadnienie .....
.....
…….....
……
……
……
……..
……..

Uwagi :

.....
.....
……
……..…….....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

…….. .....
(data) (pieczątka i podpis lekarza)