

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ upośledzenie umysłowe

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ padaczka

☐ choroba psychiczna

☐ inne (jakie?)

☐ schorzenia układu krążenia

Uwaga! Należy zakreślić tylko te schorzenia (albo dysfunkcje), które mają wpływ na funkcjonowanie osoby w środowisku zewnętrznym i wymagają przystosowania budynku ośrodka turnusowego lub też wymagają rehabilitacji.

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: **

☐ Nie ☐ Tak – uzasadnienie:

Uwaga! Jako uzasadnienie należy podać **objawy schorzeń**, które wymagają pobytu opiekuna. Brak uzasadnienia, lub uzasadnienie nie spełniające wymogów, może być podstawą odmowy przyznania dofinansowania dla opiekuna.

Uwagi:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisujemy miejsce pobytu, w innym wypadku wpisujemy adres

** Właściwie zaznaczyć X