

.....
(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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**właściwe zaznaczyć

Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym **jej opiekuna**, po warunkiem, że wniosek lekarza (...) zawiera **wyraźne wskazanie z uzasadnieniem** konieczności pobytu opiekuna - § 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 z późn. zm.).