

.....  
(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

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie .....

NIE

TAK – uzasadnienie .....

Uwagi:

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

### UWAGA !

Zgodnie z § 4. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych „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, pod warunkiem że wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)