

.....  
(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)

.....  
(pieczęćka 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.)