

WNIOSEK LEKARSKI 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 | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ choroba psychiczna | |
| ☐ schorzenie układu krążenia | |
| ☐ inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
Data

.....
podpis i pieczęć lekarza

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.** **Zaznaczone dysfunkcje będą brane pod uwagę przy wyborze turnusu !**

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć