|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ............................................................ | Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 20/2022Dyrektora MOPR w Słupskuz dnia 29 marca 2022 r. |
|  | *(pieczęć zakładu opieki zdrowotnejlub 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 |  |
|  | [ ]  | schorzenie układu krążenia | [ ]  | inne (jakie?) ............................................................................................................... |  |
|  | **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie** |  |
|  | [ ]  | NIE |  |
|  | [ ]  | TAK |  uzasadnienie ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |  |
|  | **Uwagi:** |  |
|  |  | .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |  |
|  | \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.\*\* Właściwe zaznaczyć. |  |
|  | ............................................. | ........................................................... |  |
|  | *(data)* | *(pieczątka i podpis lekarza)* |  |
|  |