

....., dnia .....

(CZYTELNA pieczęć poradni specjalistycznej,  
poradni lekarza rodzinnego lub innej jednostki kierującej )

### SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

NAZWISKO ....., IMIĘ.....

Adres zameldowania/zamieszkania:

miejsce z kodem pocztowym: ....., ulica: .....

PESEL: .....

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu       | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> z ogólnego stanu zdrowia |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna        | <input type="checkbox"/> inne(jakie?): .....      |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe          | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | .....   |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia     | <input type="checkbox"/> epilepsja                 | .....   |

Cel skierowania:

uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym: usprawniająco - rekreacyjnym

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE  
 TAK uzasadnienie .....

Posiadanie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

- NIE  
 TAK w stopniu:     znacznym     umiarkowanym     lekkim

.....  
(podpis i czytelna pieczęć lekarza kierującego)

#### UWAGA:

- ✓ Niniejsze skierowanie jest podstawą do skorzystania z turnusu rehabilitacyjnego ze stawką VAT „zwolnioną”.
- ✓ Brak ww dokumentu w dniu rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego spowoduje podwyższenie ceny tego turnusu o 8% podatku VAT jak przy „turnusach wypoczynkowych”, i może skutkować nie ordynowaniem zabiegów rehabilitacyjnych.
- ✓ Skierowanie traci ważność w przypadku rezygnacji z turnusu rehabilitacyjnego.