|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą) |  |
| **WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ / TURNUS REGENERACYJNY\*** |
| **I. Dane osobowe:** |
| Nazwisko i imię |  | PESEL\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |  |  |  |  |
|  | (ulica, nr domu i mieszkania) | (kod pocztowy) | (miejscowość) |
| **Dotyczy dzieci** |
| Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka |  | PESEL\*\* |  |
| **II. Wywiad** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **III. Badanie przedmiotowe:** waga |  | wzrost |  | RR |  | / |  | tętno |  | / min |
| Skóra i węzły chłonne obwodowe: |  |
| Układ oddechowy z oceną wydolności: |  |
|  |
| Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA: |  |
|  |
| Układ trawienny: |  |
|  |
| Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek: |  |
|  |
|  |
| Układ ruchu: |  |
|  |
| Zdolność do samoobsługi:  [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Ocena sprawności ruchowej: |  |
| [ ]  poruszający się samodzielnie [ ]  poruszający się przy pomocy |  |
|  | (określić rodzaj niezbędnej pomocy) |
| Układ nerwowy, narządy zmysłu: |  |
|  |
|  |
| Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku (w języku polskim) wg ICD-10 |  |  |  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Choroby współistniejące: |  | wg ICD-10 |  |  |  |
|  | wg ICD-10 |  |  |  |
| **IV. Aktualne wyniki badań** – laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej** (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – nie dotyczy rehabilitacji leczniczej osób uprawnionych do emerytury rolniczej i turnusów regeneracyjnych) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| (miejscowość i data) |  | (podpis lekarza i czytelna pieczęć z numerem prawa wykonywania zawodu) |
| **VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:** |
| Rehabilitacja lecznicza / turnus regeneracyjny\* po raz |  |
| Opinia o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, przeciwwskazania, rokowanie co do zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – nie dotyczy turnusów rehabilitacyjnych dla osób uprawnionych do emerytury rolniczej i turnusów regeneracyjnych): |
|  |
|  |
|  |
| **VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:** |
| Skierowanie do |  |
| Uzasadnienie: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| (miejscowość i data) |  | (podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiegoKasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) |

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli go nie nadano, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.