

WZÓR

.....  
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ**

**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 \*

Rodzaj szkoły, klasa .....

**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:

samodzielnie poruszający się  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 (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)**

.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i czytelna pieczęć lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu)

**VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:**

Rehabilitacja lecznicza 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):

.....  
.....  
.....

**VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:**

Skierowanie do .....

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

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