

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)

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

.....
(miejscowość 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:

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

.....
(miejscowość 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.