.....
(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 lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

* Niepotrzebne skreślić.

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