|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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.