

.....
(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 (głównie 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 trawiczy

.....

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 , narząd 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 c kopie karty informacyjnej ze szpitala)

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

V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie zapobiegania powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyska zdolność do pracy w gospodarstwie rolnym)

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

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

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

Rehabilitacja po raz

Opinia o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, rokowane co do zapobiegania powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym) :

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

VII. kwalifikacja lekarza regionalnego orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego :

Skierowanie do

Uzasadnienie:

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

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

* należy wpisać PESEF, a jeżeli nie nadano numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu