

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)