

.....
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

I Dane osobowe:

Nazwisko i imięPESEL.....

Adres zamieszkania
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dzieckaPESEL.....

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 , narząd zmysłu

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku(w języku polskim) wg ICD-10

--	--	--

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

Choroby współistniejącewg 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 PESEL, a jeżeli nie nadano numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu