Załącznik do rozporządzenia Ministra Rolnictwa

i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013r.

……………………………………………………….

(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 ocenę 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 współistniejące ……………………………………………………………………………wg ICD - 10

……………………………………………………………………………………………………….wg ICD - 10

**IV. Aktualne wyniki badań-** laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych ( w przypadku leczenia

poszpitalnego dołączy 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 pieczątka 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