

Załącznik do rozporządzenia Ministra Rolnictwa  
i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. (poz. 860)

## 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)

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

.....  
(miejsceowość 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:

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

.....  
(miejsceowość i data)

.....  
(podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

\* Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.