

WNIOSEK
O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS
W ZAKRESIE SCHORZEŃ

<input type="checkbox"/> narządu ruchu	<input type="checkbox"/> układu krążenia	<input type="checkbox"/> układu oddechowego	<input type="checkbox"/> psychosomatycznych
<input type="checkbox"/> onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego	<input type="checkbox"/> narządu głosu		
<input type="checkbox"/> innych:	<input style="width: 560px; height: 20px;" type="text"/>		

Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełnia Twój lekarz, jeśli chcesz otrzymać skierowanie na rehabilitację leczniczą.

Z rehabilitacji możesz skorzystać, jeśli jesteś zagrożony częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy.

Dane pacjenta i dodatkowe dane na str. 2 wypełnij samodzielnie.

Wniosek powinien być wystawiony nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem go do ZUS.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane pacjenta

Numer PESEL <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <input style="width: 240px; height: 20px;" type="text"/>	
<i>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i>		
Imię <input style="width: 260px; height: 20px;" type="text"/>	Nazwisko <input style="width: 360px; height: 20px;" type="text"/>	
Ulica <input style="width: 240px; height: 20px;" type="text"/>	Numer domu <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>
Kod pocztowy <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Numer telefonu <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

Rozpoznanie (w języku polskim)

Podaj wraz z numerami statystycznymi

Choroby współistniejące

Podaj wraz z numerami statystycznymi

Pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji: TAK NIE

Podpis lekarza

Data

dd / mm / rrrr

Podpis i pieczęć lekarza

Dodatkowe dane

Adres e-mail

Podaj adres e-mail

Zawód wykonywany

Zawód wyuczony

Rodzaj pracy

fizyczna

umysłowa

Podpis pacjenta

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis