

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 prowadzonych przez ZUS	<input 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 oraz rokujesz odzyskanie zdolności do pracy po rehabilitacji.

Dane pacjenta i dodatkowe dane wypełnij samodzielnie. Do wniosku dołącz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących.

Wypełniony wniosek złóż do ZUS nie później niż 30 dni po jego wystawieniu przez lekarza.

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

PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój numer telefonu. Ułatwi nam to kontakt z Tobą		
Adres e-mail	<input type="text"/>		
	To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój adres e-mail. Ułatwi nam to kontakt z Tobą		
Zawód wykonywany	<input type="text"/>		
Zawód wyuczony	<input type="text"/>		
Rodzaj pracy	<input type="checkbox"/> fizyczna	<input type="checkbox"/> umysłowa	
Data	<input type="text"/>		
	dd	/	mm / rrrr
	_____ Podpis pacjenta		

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.

Dane placówki, w której wystawiono wniosek

Nazwa	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	Podaj numer telefonu placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		
Adres e-mail	<input type="text"/>		
	Podaj adres e-mail placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		

Podpis lekarza

Data

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

dd / mm / rrrr

Podpis i pieczęć lekarza

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>