

WZÓR UMOWY

UMOWA nr

zawarta w dniu w Warszawie pomiędzy

Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

z siedzibą w Warszawie, ul. Szamocka 3, 5,

posiadającym nr NIP 521-30-17-228, nr REGON 000017756,

reprezentowanym przez Prezesa Zakładu, w imieniu którego działa:

.....

zwanym w treści umowy „**Zakładem**”**a ośrodkiem rehabilitacyjnym pn.**

.....,

z siedzibą w

.....,

posiadającym nr NIP....., nr REGON.....,

reprezentowanym przez:

1.

2.

zwanym w treści umowy „**Ośrodkiem**”.

§ 1.

1. Zakład zamawia, a Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania w obiekcie, w którym będzie prowadzona rehabilitacja lecznicza, położonym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej: **w 2018 r. czterech turnusów, w latach 2019-2020 w każdym roku czternastu turnusów, w 2021 r. sześciu turnusów** rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu głosu w systemie stacjonarnym dla **20** osób skierowanych przez Zakład w jednym turnusie, przy czym każdy turnus trwa 24 dni.
2. Liczba dni pobytu osób skierowanych przez Zakład w Ośrodku nie może przekroczyć w 2018 r.w latach 2019-2020 w każdym roku, w 2021 r. i wynika z pomnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 1.
3. Po uprzednim uzyskaniu zgody Ośrodka Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 1 z zastrzeżeniem, że łączna liczba osobodni w danym roku obowiązywania umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 2, oraz dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne stanowiące załącznik nr 1 do umowy.
4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać pisemnie Zakładowi harmonogram turnusów rehabilitacyjnych nie później niż w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy. Zakład rozpoczyna kierowanie do Ośrodka dopiero po uprzednim pisemnym zatwierdzeniu harmonogramu przez Zakład, ponadto każdorazowa jego zmiana dla swej ważności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zakładu.
5. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego. Ostatni turnus w roku obowiązywania umowy, tj. w 2018 r., 2019 r. i 2020 r. nie może skończyć się później niż w dniu 17 grudnia, a w 2021 r. – 30 czerwca.
6. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadku:
 - 1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy osoby skierowanej przez Zakład w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji;
 - 2) wcześniejszego przywrócenia osobie skierowanej przez Zakład zdolności do pracy;
 - 3) zaistnienia innych przyczyn, leżących po stronie osoby skierowanej przez Zakład.
7. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie / przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 4 do umowy.
8. Rozpoznając wniosek, o którym mowa w ust. 7, Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.
9. Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.

10. Ośrodek prowadzi żywienie zbiorowe wyłącznie w stołówce znajdującej się w udostępnionym obiekcie i nie ma obowiązku zapewnienia suchego prowiantu osobom, które przebywają poza obiektem.

§ 2.

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych określonych w załączniku nr 1 do umowy.
2. Ośrodek zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
 - 1) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załączniku nr 1 do umowy;
 - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 3) „Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, sporządzaną na podstawie zapisów w historii choroby, na formularzu stanowiącym załącznik nr 9 do umowy.
3. Zmiany obiektu, w którym zgodnie z ofertą prowadzony jest program rehabilitacji leczniczej albo pokoi określonych w wykazie pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, który stanowi załącznik nr 2 do umowy, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu.
4. Postanowienia niniejszej umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc i turnusów, można zmienić aneksem do tej umowy tylko w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu. W przypadku wystąpienia do Zakładu przez Ośrodek o zmniejszenie, w drodze aneksu, liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka i stwierdzenia przez Zakład, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.
5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
6. W przypadku wygaśnięcia polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, w trakcie realizacji umowy, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania nowych poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów potwierdzających ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej, w terminie 10 dni od daty wygaśnięcia.
7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania podczas kontroli, o której mowa w § 9 oraz na każde żądanie Zakładu poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu hotelowego, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i bazy żywieniowej.
8. Ośrodek rozpoczyna realizację programu rehabilitacji leczniczej nie wcześniej niż po przekazaniu przez osobę skierowaną przez Zakład „Zawiadomienia o skierowaniu na

rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” albo uprzednim potwierdzeniu przez Zakład skierowania tej osoby na turnus rehabilitacyjny.

9. Kadra lekarska i specjalistyczna może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy o pracę lub kontraktu lub umowy zlecenia. Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 7 do umowy.
10. Każdorazowo w przypadku dokonania zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 9, Ośrodek zobowiązany jest w terminie 7 dni przesłać skan aktualnego podpisanego wykazu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl.
11. W obiekcie, w którym realizowany jest program rehabilitacji leczniczej dla osób skierowanych przez Zakład, winny być wywieszone w ogólnodostępnym miejscu:
 - 1) grafik planu pracy / udzielania świadczeń zdrowotnych kadry lekarskiej i specjalistycznej realizującej program rehabilitacji leczniczej, tj. lekarzy, fizjoterapeutów, psychologa wraz z określeniem dni i godzin pracy lub czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, wraz z numerami gabinetów, w których przyjmowane są osoby poddane rehabilitacji leczniczej, poświadczony przez osobę uprawnioną do jego sporządzenia;
 - 2) wykaz pokoi (numery pokoi) przeznaczonych dla osób skierowanych przez ZUS na rehabilitację leczniczą;
 - 3) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS stanowiące załącznik nr 12 do umowy;
 - 4) informacja o zapewnieniu przez Ośrodek całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu (od śniadania) do ostatniego dnia pobytu (do kolacji).
12. Ośrodek zobowiązuje się przestrzegać wobec osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą zasad kultury osobistej, nie naruszać godności osobistej tych osób, nie naruszać w sposób nieuzasadniony potrzebami leczenia i rehabilitacji leczniczej ich nietykalności cielesnej.
13. Gabinety fizykoterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.
14. Sale kinezyterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.

§ 3.

1. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, wynosi zł (słownie: złotych) i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową, w tym koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami zakwaterowania i wyżywienia.

2. Wynagrodzeniem za realizację przez Ośrodek przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, jest kwota w złotych wynikająca z pomnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu.

§ 4.

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania (zgodnie z adresem na Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS) do Ośrodka i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
3. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 2, stanowi załącznik nr 6 do umowy.

§ 5.

1. Ośrodek zobowiązuje się do uiszczania opłaty uzdrowskiej za osoby skierowane na rehabilitację.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania informacji o wysokości aktualnej stawki opłaty uzdrowskiej i sposobie jej naliczania na każdy rok obowiązywania umowy, w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od daty rozpoczęcia pierwszego turnusu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl.
3. Ośrodek zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania do Zakładu informacji o dokonanych zmianach dotyczących opłaty uzdrowskiej.
4. Koszty opłaty uzdrowskiej, o której mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie noty księgowej wystawionej przez Ośrodek oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowską.
5. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 4, stanowi załącznik nr 8 do umowy.

§ 6.

1. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w § 1 ust. 1, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.
2. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład pokrycia kosztów z tytułu skrócenia pobytu.

§ 7.

1. W terminie nie później niż 7 dni od daty rozpoczęcia turnusu Ośrodek zobowiązuje się do przesłania wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl, zgodnie z wykazem, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy.

2. Każdorazowo Ośrodek po dokonaniu zmiany pokoju osoby skierowanej przez Zakład zobowiązany jest do przesłania w ciągu 3 dni aktualnego załącznika nr 3 na adres mail określony w ust. 1.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu dokumentów rozliczeniowych za każdy turnus najpóźniej w terminie 7 dni od dnia zakończenia turnusu.
4. Dokumenty rozliczeniowe, o których mowa w ust. 3, stanowią:
 - a) faktura wystawiona na kwotę wynikającą z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu określoną w § 3 ust. 1 oraz wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do umowy;
 - b) dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 2 i § 5 ust. 4;
 - c) „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;
 - d) „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;
 - e) Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”.
5. Podstawą do ustalenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji jest łączna liczba dni obecności pacjenta wykazana na podstawie podpisów pacjenta w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS” stanowiącym załącznik nr 11 do umowy.
6. Zakład na podstawie otrzymanych dokumentów rozliczeniowych, o których mowa w ust. 4, dokonuje rozliczenia kosztów za dany turnus.
7. Płatności Zakład dokonuje na rachunek bankowy Ośrodka w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku stwierdzenia przez Zakład nieprawidłowości w sporządzonych dokumentach, o których mowa w ust. 4, termin określony w ust. 7 ulegnie przesunięciu i będzie liczony od daty dostarczenia przez Ośrodek do Zakładu ostatniego, skorygowanego dokumentu.

§ 8.

1. Ośrodek zobowiązuje się do sporządzania w trzech oryginalnych egzemplarzach „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”.
2. Informacja, o której mowa w ust. 1, musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
 - 1) osobie skierowanej przez Zakład - w ostatnim dniu pobytu w Ośrodku;

- 2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji

ZUS Oddział w

ul.

.....

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

- 3) do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Departament Prewencji i Rehabilitacji

ul. Szamocka 3, 5

01-748 Warszawa

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

§ 9.

1. Zakład zastrzega sobie prawo przeprowadzania w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, a Ośrodek zobowiązuje się do umożliwienia przeprowadzenia, kontroli realizacji postanowień niniejszej umowy. Kontrolą objęte będzie w szczególności:
 - 1) dokumentowanie przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
 - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 3) przestrzeganie wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 11, ust. 13, ust. 14;
 - 4) prawidłowość rozliczeń finansowych z Zakładem.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia, na żądanie upoważnionych przedstawicieli Zakładu, niezwłocznie informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy.
3. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna pacjentów, muszą być przygotowane w formie papierowej.
4. W przypadku nieprzygotowania wymaganych dokumentów w okresie do 2 godzin od rozpoczęcia kontroli, Zakład może nałożyć na Ośrodek karę umowną wysokości określonej w § 13 ust. 4.

5. Zakład zastrzega sobie prawo do kontroli, o której mowa w ust. 1, także poprzez wezwanie Ośrodka do przestania nieodpłatnie w określonym terminie na adres, o którym mowa w § 8 ust. 3 pkt 3, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy, w tym w szczególności:
 - 1) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
 - 2) dokumentów dotyczących prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 3) dokumentów dotyczących rozliczeń finansowych z Zakładem.
6. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia na terenie całego Ośrodka, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, pokojach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.

§ 10.

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:

- 1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
- 2) szkody będące wynikiem udzielanych usług rehabilitacyjnych.

§ 11.

Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani też przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu.

§ 12.

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 września 2018 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.

§ 13.

1. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych może być rozwiązana przez każdą ze stron:
 - 1) bez wypowiedzenia, w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków umowy;
 - 2) za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
2. Zakład może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, w szczególności:
 - 1) w przypadku niedotrzymania przez Ośrodek warunków umowy, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7, ust. 12;
 - 2) w przypadku uniemożliwienia przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 9 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 5 w terminie określonym przez Zakład.
3. Zakład każdorazowo w przypadku stwierdzenia niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust.

6, ust. 7, § 9 ust. 1, ust. 5, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.

4. Zakład każdorazowo w razie niedotrzymania terminu, o którym mowa w § 1 ust. 4, § 2 ust. 10, § 5 ust. 2, § 7 ust. 1, ust. 3, § 8 ust. 3 pkt 2, pkt 3, § 9 ust. 4 lub w przypadku wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 7 po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 0,1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.
5. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.

§ 14.

W przypadku zatwierdzenia w ustawie budżetowej na dany rok środków finansowych w wysokości niewystarczającej na pokrycie zobowiązań wynikających z zawartych umów na realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, Zakład jednostronnie zastrzega sobie prawo do odpowiedniego zmniejszenia przedmiotu zamówienia lub rozwiązania umowy za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

§ 15.

1. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w § 13 ust. 1 i 2 i w § 14 oraz wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.
2. Rozwiązanie umowy w trybie, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt 2 oraz § 14, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.

§ 16.

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy:

- 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne,
- 2) Kodeksu cywilnego.

§ 17.

Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.

§ 18.

Załączniki do niniejszej umowy stanowią jej integralną część.

§ 19.

Zmiana danych dotyczących adresu Ośrodka lub reprezentacji nie wymaga zawarcia aneksu do umowy.

§ 20.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zakład, a jeden Ośrodek.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1	Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne;
Załącznik nr 2	Załącznik nr 1 do formularza oferty;
Załącznik nr 3	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą;
Załącznik nr 4	Wniosek o skrócenie/przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS;
Załącznik nr 5	Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą;
Załącznik nr 6	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu;
Załącznik nr 7	Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS;
Załącznik nr 8	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowiskową;
Załącznik nr 9	Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS;
Załącznik nr 10	Kwestionariusz oceniający niepełnosprawność głosową;
Załącznik nr 11	Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS;
Załącznik nr 12	Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS.

ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

OŚRODEK

.....

.....

.....

PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ w schorzeniach NARZĄDU GŁOSU w systemie stacjonarnym			
Lp.	1. WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW		
1.1.	lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego	1.1.1.	usytuowanie obiektu w miejscowości uzdrowskowej, dysponowanie terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie obiektu rehabilitacyjnego, przy czym "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do ośrodka rehabilitacyjnego na rehabilitację leczniczą, zwane dalej „osobami skierowanymi”
		1.1.2.	zapewnienie możliwości dojazdu do obiektu rehabilitacyjnego ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu należy zapewnić transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem, do którego można dojechać ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Zapewnienie transportu powinno uwzględniać rozkład jazdy obowiązujący dla tego przystanku
1.2.	baza hotelowa	1.2.1.	zapewnienie osobom skierowanym zakwaterowania w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy
		1.2.2.	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pomieszczenia hotelowe oraz stołówka – nie dotyczy obiektów, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
		1.2.3.	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki bez konieczności opuszczania obiektu, b) co najmniej 1 pokoju dostosowanego do ich potrzeb
		1.2.4.	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce

		1.2.5.	zapewnienie: a) ręczników kąpielowych oraz ich wymiany, co najmniej raz na tydzień, b) wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz w trakcie turnusu, c) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych
		1.2.6.	dysponowanie w udostępnionym obiekcie stołówką
1.3.	standardy żywienia	1.3.1.	zapewnienie całodziennego żywienia od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodobowe żywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi
		1.3.2.	zapewnienie pacjentom możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
1.4.	kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	1.4.1.	a) zapewnienie codziennego dostępu do lekarza prowadzącego leczenie – nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od prac b) zapewnienie całodobowej, stacjonarnej opieki lekarskiej pielęgniarskiej w każdym obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane
		1.4.2.	zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi
		1.4.3.	zatrudnienie dietetyka
1.5.	wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	1.5.1.	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
		1.5.2.	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji w drugim dniu pobytu – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy
		1.5.3.	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarskiego oraz zleconego programu rehabilitacji wykonanych w pierwszej dobie po przyjeździe, b) badania kontrolnego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu, c) badania końcowego wykonanego nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy
		1.5.4.	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych, oddziaływaniach psychologicznych i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
		1.5.5.	zapewnienie opieki psychologicznej
		1.5.6.	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
		1.5.7.	zapewnienie możliwości wykonania w niezbędnym zakresie wynikającym ze wskazań medycznych badań diagnostycznych

			i konsultacji specjalistycznych
		1.5.8.	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów: a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia, c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika, e) zasady prawidłowego żywienia
		1.5.9.	realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu, przy czym od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem
		1.5.10.	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8 ³⁰
		1.5.11.	w przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących bazy hotelowej, kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla świadczeniodawców”

PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ w schorzeniach NARZĄDU GŁOSU w systemie stacjonarnym (20 osób w turnusie)		
2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW		
baza hotelowa	2.1.1.	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
	2.1.2.	udostępnienie pokoi jedno i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 4 łóżek w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy
	2.1.3.	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej: – 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych, – 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: – łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, – stół, – krzesła – jedno na osobę, a) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony
kadra lekarska i specjalistyczna	2.2.1.	zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy, w tym jeden specjalista foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii, drugi ze specjalizacją w zakresie foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii lub będącego w trakcie jednej z powyższych specjalizacji - minimum po 2 latach szkolenia specjalizacyjnego
	2.2.2.	lekarze powinni prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż po 10 pacjentów każdy
	2.2.3.	zatrudnienie dwóch logopedów z co najmniej 3-letnim stażem pracy z osobami z zaburzeniami głosu
	2.2.4.	zatrudnienie co najmniej trzech fizjoterapeutów, w tym dwóch magistrów fizjoterapii z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu terapii manualnej krtani u pacjentów ze schorzeniami narządu głosu
	2.2.5.	zatrudnienie co najmniej jednego psychologa z co najmniej I stopniem specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji, posiadającego certyfikat psychoterapeuty lub zaświadczenie ze szkolenia prowadzącego do uzyskania takiego certyfikatu

	2.2.6.	zatrudnienie jednego technika medycznego do badań słuchu, głosu i mowy z wykorzystaniem wymaganej aparatury
wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną	Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:	
	2.3.1.	gabinet lekarski wyposażony w stanowisko do badania laryngologiczno-foniatrycznego z videostroboskopem
	2.3.2.	dyżurka pielęgniarek
	2.3.3.	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator
	2.3.4.	gabinet przeznaczony do badań słuchu, głosu i mowy wyposażony w audiometr oraz urządzenie do oceny akustycznej głosu i mowy
	2.3.5.	gabinet logopedyczny wyposażony w niezbędne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne
	2.3.6.	dwa gabinety do terapii manualnej głosu
	2.3.7.	sala ćwiczeń grupowych z 5 stanowiskami do ćwiczeń – 5 materaców gimnastycznych oraz drabinkami rehabilitacyjnymi
	2.3.8.	sala terapii psychologicznej
	2.3.9.	gabinety (gabinet) fizykoterapii wyposażone w: a) 3 stanowiska do zabiegów elektryzacji krtani, b) 3 stanowiska z inhalatorami z przystawkami pulsacyjnymi
	2.3.10.	udostępnienie gabinetów wyposażonych w co najmniej 3 różne stanowiska do prowadzenia zabiegów fizykalnych nie uwzględnionych w punkcie 2.3.9. urządzonych zgodnie z obowiązującymi przepisami
wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	2.4.1.	zajęcia z psychologiem: a) nie mniej niż 1 oddziaływanie psychologiczne dziennie, w tym zajęcia indywidualne, grupowe przez 5 dni w tygodniu, w grupach nie większych niż 10 osób, b) seria terapeutyczna treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż 8 treningów, nie częściej niż raz dziennie, w grupach nie większych niż 10 osób
	2.4.2.	zajęcia z logopedą: a) indywidualne co najmniej 3 razy w tygodniu, b) grupowe codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób, c) ćwiczenia emisji głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób
	2.4.3.	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych: a) terapii manualnej głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu, prowadzonej przez lekarza lub przeszkolonego

		fizjoterapeutę, b) gimnastyki, uwzględniającej: korygowanie postawy, ćwiczenia mięśni szyi, karku i obręczy barkowej ze szczególnym uwzględnieniem nauki przeponowego toru oddychania 1 raz dziennie przez 6 dni w tygodniu, c) nie mniej niż 2 zabiegów z zakresu fizykoterapii dziennie, przez 6 dni w tygodniu
	2.4.4.	prorowadzenie dokumentacji lekarskiej, logopedycznej, psychologicznej i dotyczącej zajęć terapeutycznych zgodnie z przyjętym standardem uwzględniającym: 1) badanie endoskopowe traktu głosowego, 2) videostroboskopię krtani, 3) badanie subiektywne i obiektywne głosu, 4) próbę męczliwości głosu, 5) ocenę stopnia niepełnosprawności głosu, 6) ocenę psychologiczną, 7) ocenę logopedyczną w zakresie procesu emisji głosu
	2.4.5.	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki schorzenia: a) proces tworzenia i kontrola własnego głosu, zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy, zasady higieny głosu, mechanizmy prawidłowej emisji głosu, choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu, b) czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 3
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą

Nazwa obiektu *

w turnusie od do Umowa nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr pokoju**	Oddział ZUS	Data przyjazdu ***
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Liczba osób, które stawiły się w obiekcie					

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

** podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

*** w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać „NIE”

Pieczeń Ośrodka

do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Umowa nr....., dnia

Wniosek o skrócenie/przedłużenie^{*} rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Na podstawie § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne /Dz. U. Nr 131, poz. 1457/ wnioskuję o skrócenie / przedłużenie^{*} rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Pani/Pan^{*} PESEL

Zawód

Data rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej - pierwszy dzień pobytu

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu **

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu **

Rozpoznanie z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS

.....

.....

Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym (w języku polskim)

.....

.....

.....

Dotychczas osiągnięte efekty rehabilitacji leczniczej

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku o skrócenie/przedłużenie^{*} rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

.....

.....

.....

Po przedłużeniu rehabilitacji w/w **rokuje/nie rokuje**^{*} odzyskanie zdolności do pracy.

.....
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie

.....
Podpis i pieczęć ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego

Zgoda^{*} Zakładu Ubezpieczeń Społecznych **Brak zgody**^{*} Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

- **skrócenie**^{*} rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu

- **przedłużenie**^{*} rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu

Warszawa, dnia

.....

Podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii
*** Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

^{*} niepotrzebne skreślić

^{**} wypełnić odpowiedni wiersz

^{***} mgr fizjoterapii może wyrażać zgodę tylko w przypadku skróceń

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 5
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą
w turnusie od do dotyczy Faktury nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Jednostkowy koszt rehabilitacji	Uwagi/ nieobecności (od...do...)
			od	do			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Razem							

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 6
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu

w turnusie od do dotyczy Faktury nr Noty nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)	Podstawa zwrotu: bilet/oświadczenie z miejsca zamieszkania do ośrodka (zgodnie z kol. 6)	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 7)	Podpis osoby skierowanej
			od	do				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Razem								

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....
Pieczęć Ośrodka

do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*

Nr z wymagań (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i imię	Funkcja (np. ordynator, asystent, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	So

....., dnia

Zatwierdził
(imię i nazwisko, pieczęć)

* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

** w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie dyplom magistra, licencjata lub technika, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

.....
Pieczęć Ośrodka

Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowską
w turnusie od do dotyczy Faktury nr Noty nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Stawka	Jednostkowy koszt opłaty uzdrowskiej	Uwagi/ nieobecności (od ... do ...)
			od	do				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Razem								

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....
Pieczęć Ośrodka

do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł.

Numer pokoju

NGL

INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ

w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach narządu głosu

Nazwisko i imię PESEL

Adres zamieszkania: kod-..... miejscowość

ul. nr nr lokalu

Rodzaj świadczenia: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia *(właściwe podkreślić)*

data przyjęcia data wypisu **liczba dni pobytu**

nieobecności od do **liczba dni nieobecności**

liczba dni zabiegowych

Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:

..... nr stat.

Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:

choroba podstawowa nr stat.

choroby współistniejące nr stat.

..... nr stat.

Zawód wykonywany **Zawód wyuczony**

Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:

a) wywiad (zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):

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

b) badanie przedmiotowe ogólne (stan ogólny, tętno obwodowe, ilość oddechów/min., budowa ciała, szyja, głowa, klatka piersiowa, tor oddychania, stan psychiczny):

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

.....

c) badanie otolaryngologiczne:

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
nos		
jama ustna		
gardło		
uszy		
krtań		
fałdy głosowe		
ruchomość fałdów głosowych		
zwarcie fonacyjne		
pozostałe struktury krtani		
błona śluzowa		
okolica podgłośniowa		

.....

d) subiektywna ocena głosu:

.....

Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej:

- Pomiary RR:.....
- Masa ciała: początkowa końcowa wzrost BMI /przy wypisie/
- **Ocena głosu w skali percepcyjnej GRBAS**

(Zaburzenia: 0- brak; 1- lekkie; 2- mierne; 3- ciężkie)

	Badanie wstępne				Badanie końcowe			
	Data badania:				Data badania:			
G – stopień chrypki	0	1	2	3	0	1	2	3
R – szorstkość głosu	0	1	2	3	0	1	2	3
B – nastawienie głosowe	0	1	2	3	0	1	2	3
A – asteniczność głosu	0	1	2	3	0	1	2	3
S – napięcie głosu	0	1	2	3	0	1	2	3

- Częstotliwość podstawowa głosu [Hz].....

- Natężenie głosu w mowie [dB].....
- Czas fonacji [s].....
- Obiektywna analiza głosu (Jitt, Shim, NHR).....
- Badanie videolaryngoskopowe krtani

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
	Data badania:	Data badania:
Budowa krtani		
Nagłośnia		
Fałdy przedsionkowe		
Nalewki		
Zachyłki gruszkowate		
Fałdy głosowe		
Ruchomość fałd głosowych		
Zwarcie fonacyjne		
Błona śluzowa		
Okolica podgłośniowa		

- Badanie videostroboskopowe krtani:

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
	Data badania:	Data badania:
Drgania fałdów głosowych		
Amplituda drgań		
Przesunięcie brzeżne		
Zwarcie fałdów głosowych		
Ruchomość oddechowa		
Drgania fałdów głosowych		
Poziom fałdów głosowych		

- Próba męczliwości głosu:

.....

Ocena czynności tworzenia głosu:

.....

.....

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
	Data badania:	Data badania:
Oddechowa		
Fonacyjna		
Artykulacyjna		
Rezonacyjna		

- **Kwestionariusz oceniający niepełnosprawność głosową – VHI podczas przyjęcia do placówki**
(załącznik nr 10):

Konsultacje:

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

1. Rehabilitacja lecznicza:

Kinezyterapia	Rodzaj	Liczba
Ćwiczenia oddechowe		
Ćwiczenia ogólnousprawniające		
Terapia manualna głosu		
Inne		
Razem liczba zabiegów		

Fizykoterapia	Rodzaj	Liczba
Inhalacje		

Zabiegi z zakresu elektroterapii krtani		
Wlewki dokrtaniowe		
Inne		
Razem liczba zabiegów		

2. Treningi logopedyczne:

	Liczba
Indywidualne	
Grupowe	
Ćwiczenia emisji głosu	
Razem liczba treningów	

3. Formy oddziaływania psychologicznego:

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Treningi relaksacyjne		
Inne		
Razem liczba oddziaływań psychologicznych		

4. Edukacja zdrowotna:

	Data	Liczba
Edukacja w zakresie procesu tworzenia głosu (lekarz)		
Świadomość tworzenia i kontroli własnego głosu (lekarz)		
Zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy (logopeda)		
Zasady higieny głosu (logopeda)		
Znajomość mechanizmów prawidłowej emisji głosu (w zakresie postawy, czynności oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej) (logopeda)		

Choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu (lekarz)		
Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych (lekarz)		
Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy (BHP)		
Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika		
Zasady prawidłowego żywienia (dietetyk)		
Inne		
Razem liczba zajęć		

5. Leczenie farmakologiczne:

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

Wyniki rehabilitacji leczniczej: *(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: wydolności głosowej, techniki emisyjnej, stroboskopową ocenę krtani, testu sprawności funkcjonalnej VHI)*

.....
.....

Opinia o stanie funkcjonalnym na dzień wypisu:
(należy zaznaczyć odpowiedni numer)

Poprawa stanu funkcjonalnego	Bez zmiany stanu funkcjonalnego	Pogorszenie stanu funkcjonalnego
1	2	3

Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

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

....., dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza
prowadzącego leczenie

.....
Podpis i pieczęć ordynatora
ośrodka rehabilitacyjnego

NR4/NGL - Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 10
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nazwisko i imię

PESEL

Zawód

Nr ks. gł.

Data badania

KWESTIONARIUSZ OCENIAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ GŁOSOWĄ (VHI)

0 = NIGDY, 1 = PRAWIE NIGDY, 2 = CZASAMI, 3 = PRAWIE ZAWSZE, 4 = ZAWSZE

CZĘŚĆ I. SAMOOCENA STANU FUNKCJONALNEGO						
1	Ludzie mają kłopoty ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas	0	1	2	3	4
2	Niekiedy rodzina w domu ma kłopoty ze zrozumieniem tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
3	Używam rzadziej telefonu, ponieważ ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
4	Unikam zabierania głosu w miejscach publicznych	0	1	2	3	4
5	Ludzie w bezpośredniej rozmowie proszą mnie o powtórzenie wypowiedzi	0	1	2	3	4
6	Unikam kontaktu z przyjaciółmi, sąsiadami, krewnymi z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
7	Mój głos jest słaby, z trudem słyszany przez innych	0	1	2	3	4
8	Moje kłopoty głosowe ograniczają moje życie osobiste i społeczne	0	1	2	3	4
9	Czuję się odsunięty od konwersacji z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
10	Moje problemy głosowe powodują, że mniej zarabiam	0	1	2	3	4
CZĘŚĆ II. SAMOOCENA STANU EMOCJONALNEGO						
11	Ludzie są zirytowani moim głosem	0	1	2	3	4

12	Mam wrażenie, że ludzie nie rozumieją moich dolegliwości związanych z głosem	0	1	2	3	4
13	Moje kłopoty z głosem denerwują mnie	0	1	2	3	4
14	Ograniczyłam(em) kontakty towarzyskie stając się odludkiem z powodu zaburzeń głosu	0	1	2	3	4
15	Z powodu mojego głosu czuję się niepełnosprawny	0	1	2	3	4
16	Jestem zły, kiedy ludzie każą mi powtarzać	0	1	2	3	4
17	Czuję się zakłopotany, kiedy ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
18	Z powodu kłopotów z głosem czuję się mniej kompetentny zawodowo	0	1	2	3	4
19	Wstydzę się swoich kłopotów związanych z głosem	0	1	2	3	4
20	Kiedy rozmawiam z innymi, odczuwam wewnętrzne napięcie z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
CZĘŚĆ III. SAMOOCENA STANU FIZYCZNEGO						
21	Brakuje mi powietrza przy mówieniu	0	1	2	3	4
22	Ludzie często pytają, co się stało z moim głosem	0	1	2	3	4
23	Nie mogę przewidzieć nagle występujących zmian w czystości wyrazistości mojego głosu	0	1	2	3	4
24	Staram się tak zmieniać głos, aby brzmiał on w moim odczuciu lepiej	0	1	2	3	4
25	Mówienie jest dla mnie dużym wysiłkiem	0	1	2	3	4
26	Mój głos pogarsza się wieczorem	0	1	2	3	4
27	Mój głos jest skrzeczący i suchy	0	1	2	3	4
28	Wydaje mi się, że tworzę głos z wysiłkiem	0	1	2	3	4
29	Brzmienie mojego głosu jest zmienne w ciągu dnia	0	1	2	3	4
30	Mój głos słabnie w trakcie mówienia	0	1	2	3	4
Suma punktów						

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 11
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł. Nazwisko i imię PESEL

Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS

w turnusie od do

dzień rehabilitacji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
data																								
Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie																								
Podpis osoby wykonującej badania diagnostyczne i/lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizykalne i kinezyterapii																								
Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych																								
Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne i/lub edukację zdrowotną																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory																								
Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności* lub poświadczający obecność w ośrodku																								

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

*W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku

....., dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza
prowadzącego leczenie

.....
Podpis i pieczęć ordynatora
ośrodka rehabilitacyjnego

Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS - rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym	
1.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym - przed południem
2.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
3.	lekarz prowadzący leczenie powinien być dostępny codziennie (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy)
4.	pacjent powinien mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 ³⁰
6.	ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu
7.	ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach
8.	ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienia od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji)
9.	ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych
10.	ośrodek udostępnia ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane, co najmniej raz na tydzień oraz bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz w trakcie turnusu
11.	ośrodek zapewnia pacjentom możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
12.	ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób kierowanych, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu)
13.	Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.