

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"/> po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego	<input type="checkbox"/> narządu głosu	<input type="checkbox"/> ośrodkowego układu nerwowego	<input type="checkbox"/> narządu ruchu po wypadku
<input type="checkbox"/> innych prowadzonych przez ZUS	<input type="text"/>		

Z rehabilitacji możesz skorzystać, jeśli jesteś zagrożony częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy oraz rokujesz odzyskanie zdolności do pracy po rehabilitacji.

Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełniasz Ty i Twój lekarz, jeśli chcesz otrzymać skierowanie na rehabilitację leczniczą. Wypełnij samodzielnie: Dane pacjenta, Adres zamieszkania, Adres do korespondencji i Pozostałe informacje. Do wniosku dołącz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących.

Lekarz wypełnia: Rozpoznanie, Choroby współistniejące, Rokowanie odzyskania zdolności do pracy i Dane placówki, w której wystawiono wniosek.

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"/>
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

Adres zamieszkania

Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres do korespondencji jest inny niż polski

Pozostałe informacje

Zawód wykonywany

Zawód wyuczony

Rodzaj pracy fizyczna umysłowa

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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>