

WZÓR

(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ / TURNUS REGENERACYJNY*

I. Dane osobowe:

Nazwisko i imię (DANE DZIECKA) PESEL**

Adres zamieszkania _____
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka (DANE RODZICA UBEZPIECZONEGO W KRUS) PESEL**

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:

☐ poruszający się samodzielnie ☐ 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

--	--	--