



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny / Placówka Terenowa KRUS

W

WNIOSEK

o skierowanie dziecka urodzonego w latach -
na turnus rehabilitacyjny z powodu:

- wad postawy i chorób układu ruchu
- chorób układu oddechowego

Dane rodzica/opiekuna prawnego ubezpieczonego w KRUS

.....
nazwisko i imię PESEL telefon

.....
adres zamieszkania

I. Dane osobowe dziecka

.....
nazwisko i imię data urodzenia PESEL

.....
adres zamieszkania

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?
Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny?

Tak / Nie
Tak / Nie

II. Badania lekarskie

1. Wywiad (zgłaszane dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

Czy dziecko jest leczone w Poradni Specjalistycznej?

Tak / Nie

Jeżeli tak, to w jakiej? (proszę dołączyć opinię lekarza specjalisty o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji leczniczej).

Inne dane o stanie zdrowia dziecka, takie jak: alergia, choroba lokomocyjna, aparat ortodontyczny, okulary, inne zaopatrzenie.

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

Czy dziecko przyjmuje leki?

Tak / Nie

Jeżeli tak, to jakie?

.....
.....

Szczepienia ochronne (data lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wypisem szczepień) :

tężec

błonica.....

dur.....

inne.....

.....
.....

2. Badanie przedmiotowe

Stan ogólny wzrost waga.....

skóra.....

węzły chłonne obwodowe.....

.....

gardło – migdałki podniebienne uzębienie

• Układ oddechowy:

klatka piersiowa..... szmer oddechowy

ocena wydolności

• Układ sercowo-naczyniowy

czynność serca /min.

ocena wydolności

• Jama brzuszna przepuklina

• Układ moczowo-płciowy:

.....

• **Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

wzrok słuch
choroby / wady: wzroku, zaburzenia głosu, mowy, słuchu* inne
stosowane aparaty i środki korekcyjne: szkła, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy* inne

Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy.....

Stan psychiczny :

• **Układ ruchu:** postawa - budowa / wady i zaburzenia.....

ogólna ocena sprawności ruchowej:

* właściwe podkreślić

3. Wyniki badań dodatkowych oraz ewentualnych konsultacji specjalistycznych niezbędnych do prawidłowego ustalenia programu rehabilitacji leczniczej.....

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

III. Rozpoznanie:

A. choroba / wada – podstawowy problem zdrowotny dziecka uzasadniający skierowanie na rehabilitację leczniczą.....
.....
.....

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| kod statystyczny choroby A | | | |
|----------------------------|--|--|--|

wg. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10.

B. choroby / wady współistniejące

Czy dziecko jest zdolne do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych?

| TAK | NIE |
|-----|-----|
| | |

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

| TAK | NIE |
|-----|-----|
| | |

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
podpis i pieczętka imienna lekarza

miejsowość i data

**Bezwzględne przeciwwskazania
do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne - według Rozporządzenia Ministra
Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania
pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.**

**IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w Oddziale
Regionalnym /Placówce Terenowej KRUS**

Kwalifikuję – Tak / Nie

na turnus rehabilitacyjny w w terminie

.....
/ data/

.....
podpis i pieczętka
lekarza regionalnego inspektora
oddziału regionalnego/placówki terenowej KRUS



**I. Informacja wychowawcy klasy o dziecku
dotycząca wniosku o skierowanie dziecka urodzonego
w latach - na turnus rehabilitacyjny**

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

.....
(data i podpis wychowawcy klasy)

pieczętka szkoły

II. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

1. Wyrażam zgodę na leczenie rehabilitacyjne mojego dziecka w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w miejscu i terminie jak we wniosku.
2. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, ewentualną hospitalizację, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
3. Jednocześnie stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że zarówno KRUS - organizator turnusu, zakład rehabilitacyjny jak i członkowie kadry pedagogicznej nie ponoszą odpowiedzialności za cenne przedmioty (aparaty fotograficzne, odtwarzacze muzyki, telefony komórkowe, itp.) posiadane przez moje dziecko.
5. Poinformowałam/em współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałam/em informacje zawarte w pkt. 1 - 4 niniejszego oświadczenia a współmałżonek/opiekun prawny wyraził zgodę na skierowanie dziecka na rehabilitację.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych we wniosku kwalifikacyjnym na potrzeby niezbędne do udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych .

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)



**Informacje i spostrzeżenia wychowawcy turnusu rehabilitacyjnego
dotyczące dziecka**

.....
nazwisko i imię

turnus rehabilitacyjny w

w terminie - r.

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

.....
(data i podpis wychowawcy)