

**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:	<input style="width: 500px;" 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.  
Dane pacjenta i dodatkowe dane na str. 2 wypełnij samodzielnie.  
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**

Numer PESEL	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 150px;" type="text"/>
		<i>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i>	
Imię	<input style="width: 250px;" type="text"/>	Nazwisko	<input style="width: 350px;" type="text"/>
Ulica	<input style="width: 200px;" type="text"/>	Numer domu	<input style="width: 100px;" type="text"/>
		Numer lokalu	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 200px;" type="text"/>
		Numer telefonu	<input style="width: 150px;" type="text"/>

**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.**

**Podpis lekarza**

Data   /   /

dd / mm / rrrr

*Podpis i pieczęć lekarza*

---

## Dodatkowe dane

---

Adres e-mail

*Podaj adres e-mail*

Zawód wykonywany

Zawód wyuczony

Rodzaj pracy

fizyczna

umysłowa

---

## Podpis pacjenta

---

Data

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

dd / mm / rrrr

---

*Czytelny podpis*