

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 prowadzonych przez ZUS	<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

PESEL	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 150px;" type="text"/>
		Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu	
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: 100px;" 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

Podpis

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>