

(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

**WNIOSEK  
O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS**

**WNIOSKUJĘ O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ W ZAKRESIE:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schorzeń narządu ruchu,                                   | <input type="checkbox"/> schorzeń układu krążenia,    |
| <input type="checkbox"/> schorzeń układu oddechowego,                              | <input type="checkbox"/> schorzeń psychosomatycznych, |
| <input type="checkbox"/> rehabilitacji po operacji nowotworu gruczołu piersiowego, |   |
| <input type="checkbox"/> innych rodzajów schorzeń .....                            |   |

**DANE IDENTYFIKACYJNE:**

Nazwisko .....

Imię ..... Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 

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

Numer PESEL 

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

Numer telefonu<sup>1</sup> ..... e-mail<sup>1</sup> .....

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....

Kod pocztowy 

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

 - 

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

 Miejscowość .....

Województwo .....

**ADRES DO KORESPONDENCJI:<sup>2</sup>**

Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....

Kod pocztowy 

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

 - 

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

 Miejscowość .....

Województwo .....

**ROZPOZNANIE**(w języku polskim):

.....

.....

..... Numer statystyczny .....

**Choroby współistniejące:**

.....

..... Numer statystyczny .....

- Pacjent nie przebywa na zwolnieniu lekarskim
- Pacjent przebywa na zwolnieniu lekarskim od dnia (dd/mm/rrrr) 

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

**Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji** (czy istnieje rokowanie odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji):

.....

.....

(Miejscowość)

(Data: dd/mm/rrrr)

(Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

<sup>1</sup> podanie numeru telefonu i adresu e-mail nie jest obowiązkowe

<sup>2</sup> wypełnić tylko w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania