

### **Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie**

1) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – jeden psycholog może prowadzić oddziaływanie psychologiczne:

a) maksymalnie dla 200 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływania psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych w zakresie schorzeń narządu ruchu (NR), układu krążenia (UK), układu oddechowego (UO) – w systemie stacjonarnym oraz schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia – w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;

b) maksymalnie dla 100 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (OGP) lub w zakresie schorzeń narządu głosu (NGL) lub schorzeń psychosomatycznych (PS) oraz dodatkowo dla umów w schorzeniach narządu ruchu (NR) lub układu krążenia (UK) lub układu oddechowego (UO) w systemie stacjonarnym lub schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;

W tym przypadku liczba gabinetów psychologicznych musi być równa liczbie psychologów.

2) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie ośrodek może udostępnić jeden wspólny gabinet pielęgniarki z wymaganym wyposażeniem. Niedopuszczalne jest połączenie gabinetu pielęgniarki z innymi gabinetami.

3) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – dotyczy rehabilitacji układu krążenia i oddechowego (UK i UO), ośrodek musi zapewnić wskazaną liczbę sprzętu i sal na łączną liczbę 100 osób w turnusie:

a) jeden wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej i siedzącej;

b) salę/sale intensywnego nadzoru z dwoma stanowiskami wyposażonymi w kardiomonitory.

- 4) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – ośrodek może udostępnić następującą liczbę sal do ćwiczeń grupowych:
- a) jedna sala do ćwiczeń grupowych na nie więcej niż 149 osób;
  - b) dwie sale ćwiczeń grupowych na 150 do 299 osób;
  - c) trzy sale do ćwiczeń grupowych na 300 do 449 osób;
  - d) osóó cztery sale do ćwiczeń grupowych na 450 do 599.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 2  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą

Nazwa obiektu \* .....  
w turnusie od ..... do ..... Umowa nr .....

| Lp.  | Nazwisko i imię | PESEL | Nr pokoju** | Oddział ZUS | Data przyjazdu *** |
|--|-----------------|-------|-------------|-------------|--------------------|
| 1  |                 |       |             |             |                    |
| 2  |                 |       |             |             |                    |
| 3  |                 |       |             |             |                    |
| 4  |                 |       |             |             |                    |
| 5  |                 |       |             |             |                    |
| 6  |                 |       |             |             |                    |
| 7  |                 |       |             |             |                    |
| 8  |                 |       |             |             |                    |
| 9  |                 |       |             |             |                    |
| 10   |                 |       |             |             |                    |
| 11   |                 |       |             |             |                    |
| 12   |                 |       |             |             |                    |
| 13   |                 |       |             |             |                    |
| 14   |                 |       |             |             |                    |
| 15   |                 |       |             |             |                    |
| 16   |                 |       |             |             |                    |
| 17   |                 |       |             |             |                    |
| 18   |                 |       |             |             |                    |
| 19   |                 |       |             |             |                    |
| 20   |                 |       |             |             |                    |
| <b>Liczba osób, które stawiły się w obiekcie</b> |                 |       |             |             |                    |

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

\*\* podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

\*\*\*w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 3  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o skrócenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan.....

PESEL .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie wg **ICD10** .....

Powód skrócenia pobytu.....

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyraża zgodę na skrócenie turnusu rehabilitacji zgodnie z wnioskowaną datą skrócenia.**

.....  
Podpis i pieczęć pracownika  
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o przedłużenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan .....

PESEL .....

Zawód .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....

Dotychczasowe osiągnięte rezultaty rehabilitacji.....

.....

Cel rehabilitacji w związku z przedłużeniem turnusu .....

.....

Po przedłużeniu rehabilitacji ubezpieczony **rokuje** odzyskanie zdolności do pracy.

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zgoda/brak zgody** ZUS na przedłużenie rehabilitacji.

Data ostatniego dnia pobytu.....

Warszawa, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza Departamentu  
Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 5  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\*

| nr<br>z wymagań<br><br>(podać<br>odpowiedni nr z<br>wymagań) | Nazwisko i Imię | Funkcja<br><br>(np. ordynator, asystent<br>fizjoterapeuta,<br>psycholog, dietetyk ....) | Specjalizacje<br>i wymagane<br>certyfikaty** | Uwagi: | Godziny pracy kadry lekarskiej<br>i specjalistycznej<br><br>(podać dziennie w godzinach od-do) |    |    |     |    |     |
|--|-----------------|---|--|--------|--|----|----|-----|----|-----|
|  |                 |   |  |        | Pn   | Wt | Śr | Czw | Pt | Sob |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |
|  |                 |   |  |        |  |    |    |     |    |     |

....., dnia .....

Zatwierdził .....  
(imię i nazwisko, pieczęć)

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej  
\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gł. ....

Numer pokoju .....

**UK**

**INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ**  
w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach układu krążenia

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-.....miejscowość.....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia (*właściwe podkreślić*)

data przyjęcia ..... data wypisu ..... **liczba dni pobytu** .....

nieobecności od ..... do ..... **liczba dni nieobecności** .....

**liczba dni zabiegowych** .....

**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

**Zawód wykonywany** ..... **Zawód wyuczony** .....

**Cel rehabilitacji**.....

|   |            |             |
|---|------------|-------------|
| <b>Czy cel rehabilitacji został osiągnięty:</b> | <b>TAK</b> | <b>NIE:</b> |
|---|------------|-------------|

**Opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego na dzień wypisu:**

| <b>Poprawa</b><br>stanu funkcjonalnego | <b>Bez zmiany</b><br>stanu funkcjonalnego | <b>Pogorszenie</b> stanu<br>funkcjonalnego związane z<br>chorobą będącą przyczyną<br>skierowania na rehabilitację | <b>Pogorszenie</b> stanu<br>funkcjonalnego nie związane z<br>chorobą będącą przyczyną<br>skierowania na rehabilitację |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <b>UZASADNIENIE</b>                    |   |   |   |

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

**a) wywiad** (zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):

.....  
.....

**b) badanie przedmiotowe** (stan ogólny, tętno obwodowe, liczba oddechów /min., budowa ciała, skóra, obrzęki, węzły chłonne, szyja, głowa, klatka piersiowa, tor oddychania, serce, brzuch, układ moczowo-płciowy, układ kostno-stawowy, naczynia obwodowe, układ nerwowy, stan psychiczny):

.....  
.....

**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej:** (rodzaj, data wykonania, wynik)

- Pomiar RR: .....
- Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....
- EKG (data, opis): .....
- Test wysiłkowy:

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 1.  | Data badania   |  |  |
| 2.  | Protokół badania   |  |  |
| 3.  | Max obciążenie/czas trwania  |  |  |
| 4.  | Powód przerwania   |  |  |
| 5.  | Dolegliwości podczas próby   |  |  |
| 6.  | HR spoczynek-max-po wysiłku  |  |  |
| 7.  | HRR 1min/2min  |  |  |
| 8.  | RR spoczynek-max-po wysiłku  |  |  |
| 9.  | Ocena zmian odcinka ST<br>(charakter, nasilenie, odprowadzenia,<br>czas ustępowania) |  |  |
| 10. | Ocena zaburzeń rytmu<br>i przewodzenia   |  |  |
| 11. | Wynik testu- ocena kliniczna<br>i elektrokardiograficzna                             |  |  |
| 12. | Uwagi  |  |  |

- Echokardiografia (data, opis): .....
- Holter EKG (data, opis) .....
- ABPM (data, opis) .....



- Inne (*data, opis*) .....
- Badania laboratoryjne (*data, wynik*): .....

**Klasyfikacja niewydolności serca wg NYHA** (*nie wypełniać w razie braku rozpoznania niewydolności serca*):

| PRZYJĘCIE |    |     |    | WYPIS |    |     |    |
|-----------|----|-----|----|-------|----|-----|----|
| I         | II | III | IV | I     | II | III | IV |
|           |    |     |    |       |    |     |    |

**Konsultacje:**

.....

.....

**1. Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku wg modelu .....**

| Kinezyterapia:                | Rodzaj | Liczba zabiegów zleconych | Liczba zabiegów wykonanych* |
|-------------------------------|--------|---------------------------|-----------------------------|
| Ćwiczenia ogólnousprawniające |        |                           |                             |
| Ćwiczenia oddechowe           |        |                           |                             |
| Ćwiczenia na cykloergometrze  |        |                           |                             |
| Ćwiczenia na bieżni           |        |                           |                             |
| Ćwiczenia oporowe             |        |                           |                             |
| Ćwiczenia w basenie           |        |                           |                             |
| Nordic Walking                |        |                           |                             |
| <b>Razem</b> liczba zabiegów  |        |                           |                             |

\*uzasadnić w przypadku gdy liczba wykonanych zabiegów jest mniejsza niż liczba zleconych

Zastosowane obciążenia w trakcie treningów na cykloergometrze lub bieżni: ..... min

..... max .....

Maksymalne tętno osiągnięte w trakcie zastosowanych treningów .....

| Fizykoterapia                | Rodzaj | Okolica,<br>na którą zastosowano<br>zabiegi | Liczba zabiegów zleconych | Liczba zabiegów wykonanych* |
|------------------------------|--------|---|---------------------------|-----------------------------|
|                              |        |   |                           |                             |
|                              |        |   |                           |                             |
|                              |        |   |                           |                             |
|                              |        |   |                           |                             |
| <b>Razem</b> liczba zabiegów |        |   |                           |                             |

\*uzasadnić w przypadku gdy liczba wykonanych zabiegów jest mniejsza niż liczba zleconych

**2. Formy oddziaływania psychologicznego:**

|  | Daty przeprowadzonych oddziaływań | Liczba |
|--|-----------------------------------|--------|
| Terapia indywidualna                             |                                   |        |
| Psychoedukacja                                   |                                   |        |
| Treningi relaksacyjne - seria terapeutyczna      |                                   |        |
| Inne   |                                   |        |
| <b>Razem</b> liczba oddziaływań psychologicznych |                                   |        |

**3. Edukacja zdrowotna:**

|  | Data | Liczba |
|--|------|--------|
| Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych                                |      |        |
| Podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia |      |        |
| Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy                            |      |        |
| Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika      |      |        |
| Zasady prawidłowego żywienia   |      |        |
| Profilaktyka uzależnień  |      |        |
| Inne   |      |        |
| <b>Razem liczba zajęć</b>  |      |        |

#### 4. Leczenie farmakologiczne:

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

#### Wyniki rehabilitacji leczniczej:

*(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: wyniku badania echokardiograficznego, wyniku próby wysiłkowej, Holter EKG, ABPM, ocenę przebiegu rehabilitacji, wielkość i tolerancję zastosowanych obciążeń).*

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

#### Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

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

....., dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

NR4/UK.- Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 7  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł. .... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

**Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

w turnusie od ..... do .....

| dzień rehabilitacji   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| data  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis osoby wykonującej badania fizjoterapeutyczne i diagnostyczne lub konsultacje |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis osoby wykonującej zabiegi fizykalne i kinezyterapii                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne i/lub edukację zdrowotną      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności*                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

\* W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku .....

....., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

| <b>Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS<br/>– rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym</b> |   |
|---|---|
| 1.  | jeżeli odległość ośrodka rehabilitacyjnego od przystanku komunikacyjnego jest większa niż 500 metrów, ośrodek musi zapewnić transport na tym odcinku w dniu przyjazdu i wyjazdu osoby skierowanej na turnus rehabilitacyjny   |
| 2.  | rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem   |
| 3.  | lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych   |
| 4.  | ośrodek zapewnia codzienny dostęp do co najmniej jednego z lekarzy prowadzących leczenie – nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy  |
| 5.  | osoba skierowana powinna mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską  |
| 6.  | zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>  |
| 7.  | ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu  |
| 8.  | ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach   |
| 9.  | ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienia od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji), ośrodek nie udostępnia suchego prowiantu   |
| 10.   | ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych  |
| 11.   | ośrodek udostępnia ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane, co najmniej raz na tydzień oraz bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz w trakcie turnusu   |
| 12.   | ośrodek zapewnia osobom skierowanym możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów  |
| 13.   | ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób skierowanych, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu)   |
| 14.   | doba pobytu osoby skierowanej w Ośrodku, w tym zakwaterowanie, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.  |
| 15.   | Każda osoba skierowana, która ma zastrzeżenia do udzielanych świadczeń zdrowotnych albo chce zasięgnąć informacji o przysługujących jej prawach pacjenta, może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta:<br>a) telefonicznie pod nr telefonu: <b>800 190 590</b> (połączenie bezpłatne);<br>b) mailowo na adres: <a href="mailto:kancelaria@rpp.gov.pl">kancelaria@rpp.gov.pl</a> ;<br>c) listownie na adres: <b>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta</b><br><b>ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.</b> |

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS: *imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i informacje o posiadanych certyfikatach* zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny, w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądadają udostępniania umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- V. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VI. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim Umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- VIII. Posiada Pani/Pan:
  - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
  - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- IX. Nie przysługuje Pani/Panu:
  - 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
- X. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako
  - osoby reprezentującej Ośrodek (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe, umocowanie do reprezentowania*)
  - osoby będącej członkiem personelu Ośrodka (*imię i nazwisko, nr telefonu, adres email*)zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby reprezentującej Ośrodek są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów regulujących zasady reprezentacji (w szczególności ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny), a także w związku z bieżącą realizacją umowy ..... oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Pani/Pana dane osobowe jako osoby będącej członkiem personelu Ośrodka są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- V. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądają udostępnienia umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- VI. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VII. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VIII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- IX. Posiada Pani/Pan:



- 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
- 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
- 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

X. Nie przysługuje Pani/Panu:

- 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

XI. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....  
Pieczęć Oferenta

.....  
(miejscowość, data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Niniejszym oświadczam, że ..... (pełna nazwa Oferenta) zapewni osobom ze szczególnymi potrzebami, skierowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej:

1. **minimalne wymagania służące dostępności, określone w art. 6** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\*, tj.:

1) w zakresie dostępności architektonicznej:

- a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków;
- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych;
- c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
- d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. 100.173, 240);
- e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;

- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
  - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
  - c) zapewnienie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
  - d) zapewnienie komunikacji, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, w formie określonej w tym wniosku;
2. **dostęp alternatywny, określony w art. 7** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\* – w przypadku, gdy Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj.:
- 1) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby;
  - 2) zapewnienie wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
  - 3) wprowadzenie takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Oferenta)

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć Ośrodka)

.....  
(nr umowy)

### Harmonogram turnusów na rok ....\*

w schorzeniach<sup>\*\*</sup>: NR  NR.A  UK  UK.A  UKT.A  UO  PS  NGL

OGP  NRW  OUN

Nazwa i adres obiektu:

.....

| Turnus <sup>***</sup> | Data początkowa turnusu | Data końcowa turnusu | Liczba miejsc w turnusie | Uwagi/dodatkové miejsca |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|
| I                     |                         |                      |                          |                         |
| II                    |                         |                      |                          |                         |
| III                   |                         |                      |                          |                         |
| IV                    |                         |                      |                          |                         |
| V                     |                         |                      |                          |                         |
| VI                    |                         |                      |                          |                         |
| VII                   |                         |                      |                          |                         |
| VIII                  |                         |                      |                          |                         |
| IX                    |                         |                      |                          |                         |
| X                     |                         |                      |                          |                         |
| XI                    |                         |                      |                          |                         |
| XII                   |                         |                      |                          |                         |
| XIII                  |                         |                      |                          |                         |
| XIV                   |                         |                      |                          |                         |

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

.....  
sprawdził (data, podpis)<sup>\*\*\*\*</sup>

.....  
zaakceptował (data, podpis)<sup>\*\*\*\*</sup>

\* ośrodek wypełnia na każdy rok obowiązywania umowy

\*\* zaznacz właściwe schorzenie: NR – narząd ruchu, NR.A – narząd ruchu w systemie ambulatoryjnym, NRW – narząd ruchu powypadkowy, UK – układ krążenia, UKT.A – układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie, UO – układ oddechowy, PS – psychosomatyczne, NGL – narządu głosu, OGP – onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

\*\*\* liczba turnusów w roku określona jest w umowie

\*\*\*\*

wypełnia

DPR

.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do faktury nr ..... za turnus od ..... do .....**

| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Okres pobytu   |             | Liczba dni pobytu (5-4) | Okres nieobecności |         | Liczba dni nieobecności (8-7) | Liczba osobodni (6-9) | Koszt rehabilitacji (10*stawka za osobodzień) |
|-----|-----------------|-------|----------------|-------------|-------------------------|--------------------|---------|-------------------------------|-----------------------|---|
|     |                 |       | data przyjęcia | data wypisu |                         | od dnia            | do dnia |                               |                       |   |
| 1   | 2               | 3     | 4              | 5           | 6                       | 7                  | 8       | 9                             | 10                    | 11  |
| 1   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 2   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 3   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 4   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 5   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 6   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 7   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 8   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 9   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 10  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 11  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 12  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 13  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 14  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
| 15  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |   |
|     |                 |       |                |             |                         |                    |         | Razem                         |                       |   |

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....

Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów przejazdu w turnusie od ..... do .....**

| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Miejsce zamieszkania<br>(zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na<br>rehabilitację)* | Podstawa zwrotu:<br>bilet/oświadczenie z miejsca<br>zamieszkania do ośrodka<br>(zgodnie z kol. 4) | Kwota zwrotu za<br>przejazd<br>(zgodnie z kol. 5) | Podpis osoby<br>skierowanej |
|-----|-----------------|-------|---|---|---|-----------------------------|
| 1   | 2               | 3     | 4   | 5   | 6   | 7                           |
| 1   |                 |       |   |   |   |                             |
| 2   |                 |       |   |   |   |                             |
| 3   |                 |       |   |   |   |                             |
| 4   |                 |       |   |   |   |                             |
| 5   |                 |       |   |   |   |                             |
| 6   |                 |       |   |   |   |                             |
| 7   |                 |       |   |   |   |                             |
| 8   |                 |       |   |   |   |                             |
| 9   |                 |       |   |   |   |                             |
| 10  |                 |       |   |   |   |                             |
| 11  |                 |       |   |   |   |                             |
| 12  |                 |       |   |   |   |                             |
| 13  |                 |       |   |   |   |                             |
| 14  |                 |       |   |   |   |                             |
| 15  |                 |       |   |   |   |                             |
|     |                 |       |   | <b>Razem</b>  |   |                             |

\* - zmiana adresu wyłącznie po uzgodnieniu z Zakładem

.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów poniesionych opłaty uzdrowiskowej w turnusie od ..... do .....**

| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Okres pobytu   |             | Liczba dni pobytu (5-4) | Okres nieobecności |         | Liczba dni nieobecności (8-7) | Liczba osobodni (6-9) | Stawka opłaty uzdrowiskowej | Koszt opłaty uzdrowiskowej |
|-----|-----------------|-------|----------------|-------------|-------------------------|--------------------|---------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|
|     |                 |       | data przyjęcia | data wypisu |                         | od dnia            | do dnia |                               |                       |                             |                            |
| 1   | 2               | 3     | 4              | 5           | 6                       | 7                  | 8       | 9                             | 10                    | 11                          | 12                         |
| 1   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 2   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 3   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 4   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 5   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 6   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 7   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 8   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 9   |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 10  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 11  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 12  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 13  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 14  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
| 15  |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               |                       |                             |                            |
|     |                 |       |                |             |                         |                    |         |                               | Razem                 | Razem                       |                            |

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

