

Konkurs ofert nr:

UMOWA nr

zawarta w dniu w Warszawie pomiędzy

Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

z siedzibą w Warszawie, ul. Szamocka 3, 5,

posiadającym nr NIP 521-30-17-228, nr REGON 000017756,

reprezentowanym przez Prezesa Zakładu, w imieniu którego działa:

.....

zwanym w treści umowy „**Zakładem**”

a ośrodkiem rehabilitacyjnym pn.

.....,

z siedzibą w,

posiadającym nr NIP....., nr REGON.....,

reprezentowanym przez:

1.

2.

zwanym w treści umowy „**Ośrodkiem**”.

§ 1.

Przedmiot umowy

1. W ramach przedmiotu umowy Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania, na zamówienie Zakładu, rehabilitacji leczniczej w systemie ambulatoryjnym dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, skierowanych przez Zakład w jednym turnusie, w łącznej liczbie turnusów w latach: turnusów w roku, turnusów w roku. Każdy turnus będzie trwał 24 dni, a rehabilitacja będzie prowadzona w obiekcie położonym na terenie miasta
2. Liczba dni pobytu osób skierowanych przez Zakład w Ośrodku nie może przekroczyć łącznej liczby w latach: w roku, w roku i wynika z pomnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 1.
3. Po uprzednim uzyskaniu zgody Ośrodka, Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 1, jednak z tym zastrzeżeniem, że:
 - 1) łączna liczba dni pobytu w danym roku obowiązywania umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 2, oraz
 - 2) dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne, określonej w załączniku nr 1 do umowy.
4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać pisemnie Zakładowi harmonogram turnusów rehabilitacyjnych nie później niż w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy. Zakład rozpoczyna kierowanie do Ośrodka dopiero po uprzednim pisemnym zatwierdzeniu harmonogramu przez Zakład, ponadto każdorazowa jego zmiana dla swej ważności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zakładu.
5. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego.
6. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadku:
 - 1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy osoby skierowanej przez Zakład w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji;
 - 2) wcześniejszego przywrócenia osobie skierowanej przez Zakład zdolności do pracy;
 - 3) zaistnienia innych przyczyn, leżących po stronie osoby skierowanej przez Zakład.
7. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie / przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 3 do umowy.
8. Rozpoznając wniosek, o którym mowa w ust. 7, Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.

9. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą pokrycia kosztów z tytułu skrócenia rehabilitacji leczniczej.
10. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w ust. 1, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.
11. Umowa zostaje zawarta na okres od r. do r.

§ 2.

Warunki realizacji przedmiotu umowy

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych, określonych w załączniku nr 1 do umowy.
2. Ośrodek zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
 - 1) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załączniku nr 1 do umowy, na formularzu stanowiącym załącznik nr 11 do umowy;
 - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej – w indywidualnej historii choroby każdego pacjenta;
 - 3) indywidualną kartę zleceń lekarskich – kartę zabiegową, na formularzu stanowiącym załącznik nr 7 do umowy
 - 4) „Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, sporządzaną na podstawie zapisów w historii choroby, na formularzu stanowiącym załącznik nr 10 do umowy.
3. Zmiany obiektu, w którym zgodnie z ofertą prowadzony jest program rehabilitacji leczniczej, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu.
4. Postanowienia niniejszej umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc i turnusów, można zmienić aneksem do umowy tylko w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu. W przypadku wystąpienia do Zakładu przez Ośrodek o zmniejszenie, w drodze aneksu, liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka i stwierdzenia przez Zakład, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać umowę w trybie określonym w § 9 ust. 1 pkt 1.
5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
6. W przypadku wygaśnięcia polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, w trakcie realizacji umowy, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania nowych poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów potwierdzających ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej, w terminie 14 dni od daty wygaśnięcia.

7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania, podczas kontroli o której mowa w § 7 umowy oraz na każde żądanie Zakładu, poświadczonej za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i sali rekreacyjno-wypoczynkowej.
8. Ośrodek rozpoczyna realizację programu rehabilitacji leczniczej nie wcześniej niż po przekazaniu Ośrodkowi przez osobę skierowaną przez Zakład „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” albo uprzednim potwierdzeniu przez Zakład skierowania tej osoby na turnus rehabilitacyjny.
9. Kadra lekarska i specjalistyczna może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy o pracę lub kontraktu lub umowy zlecenia. Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 6 do umowy.
10. Każdorazowo w przypadku dokonania zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 9, Ośrodek zobowiązany jest w terminie 7 dni przesłać skan aktualnego, podpisanego wykazu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl.
11. W obiekcie, w którym realizowany jest program rehabilitacji leczniczej dla osób skierowanych przez Zakład, winny być wywieszone w ogólnodostępnym miejscu:
 - 1) grafik planu pracy/udzielania świadczeń zdrowotnych kadry lekarskiej i specjalistycznej realizującej program rehabilitacji leczniczej, tj. lekarzy, fizjoterapeutów, psychologa wraz z określeniem dni i godzin pracy lub czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, wraz z numerami gabinetów, w których przyjmowane są osoby poddane rehabilitacji leczniczej, poświadczony przez osobę uprawnioną do jego sporządzenia;
 - 2) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS stanowiąca załącznik nr 13 do umowy.
12. Ośrodek zobowiązuje się przestrzegać wobec osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą zasad kultury osobistej, nie naruszać godności osobistej tych osób, nie naruszać w sposób nieuzasadniony potrzebami leczenia i rehabilitacji leczniczej ich nietykalności cielesnej.
13. Gabinety fizykoterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.
14. Sale kinezyterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.
15. Gabinet lekarski musi być wyposażony między innymi w biurko, krzesła i kozetkę do badania.

§ 3.

Wynagrodzenie

1. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, wynosi zł (słownie: złotych) brutto i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową, w tym koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami zapewnienia ciepłych i zimnych napojów oraz ciepłych posiłków podczas pobytu w Ośrodku.
2. Wynagrodzeniem za realizację przez Ośrodek przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, jest kwota w złotych wynikająca z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu.

§ 4.

Zwrot kosztów przejazdu

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do Ośrodka i z powrotem, najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem adresu na „Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” oraz przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
3. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 2, stanowi załącznik nr 5 do umowy.

§ 5.

Rozliczenia i płatności

1. W terminie nie później niż 7 dni od daty rozpoczęcia turnusu, Ośrodek zobowiązuje się do przesłania wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl, zgodnie z wykazem, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu dokumentów rozliczeniowych za każdy turnus najpóźniej w terminie 7 dni od dnia zakończenia turnusu.
3. Dokumenty rozliczeniowe, o których mowa w ust. 2, stanowią:
 - 1) faktura wystawiona na kwotę wynikającą z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu określoną w § 3 ust. 1 oraz wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy,
 - 2) dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 2;
 - 3) „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;

- 4) „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;
 - 5) „Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”.
4. Podstawą do ustalenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji jest łączna liczba dni obecności pacjenta wykazana na podstawie podpisów pacjenta w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”, stanowiącym załącznik nr 12 do umowy.
 5. Zakład na podstawie otrzymanych dokumentów rozliczeniowych, o których mowa w ust. 3, dokonuje rozliczenia kosztów za dany turnus.
 6. Płatności Zakład dokonuje na rachunek bankowy Ośrodka nr, prowadzony przez, w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. W przypadku stwierdzenia przez Zakład nieprawidłowości w sporządzonych dokumentach, o których mowa w ust. 3, płatność nastąpi po dostarczeniu przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów w terminie, o którym mowa w ust. 6.
 8. Dla wszystkich osób przebywających w Ośrodku, których rehabilitacja nie kończy się z dniem 31 grudnia danego roku kalendarzowego, Ośrodek wystawia faktury za okres od dnia rozpoczęcia ich rehabilitacji do dnia 31 grudnia i przesyła je na adres określony w § 6 ust. 3 pkt 3, w terminie nie później niż do 7 stycznia kolejnego roku kalendarzowego. Za pozostałe dni pobytu tych osób w Ośrodku w kolejnym roku obowiązywania umowy, rozliczenie następuje wg zasad określonych w § 5.

§ 6.

Dokumentacja medyczna

1. Ośrodek zobowiązuje się do sporządzania w trzech oryginalnych egzemplarzach „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”.
2. Informacja, o której mowa w ust. 1, musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
 - 1) osobie skierowanej przez Zakład – w ostatnim dniu pobytu w Ośrodku;
 - 2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji

ZUS Oddział w

ul.

..-... ..

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

- 3) do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Departament Prewencji i Rehabilitacji

ul. Szamocka 3, 5

01-748 Warszawa

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

§ 7.

Kontrola Zakładu

1. Zakład zastrzega sobie prawo przeprowadzania w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, a Ośrodek zobowiązuje się do umożliwienia przeprowadzenia kontroli realizacji postanowień niniejszej umowy. Kontrolą objęte będzie w szczególności:
 - 1) dokumentowanie przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
 - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 3) przestrzeganie wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1–2, ust. 11 i ust. 13–15;
 - 4) prawidłowość rozliczeń finansowych z Zakładem.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia niezwłocznie, na żądanie upoważnionych przedstawicieli Zakładu, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy.
3. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna pacjentów, muszą być przygotowane w formie papierowej.
4. W przypadku nieprzygotowania wymaganych dokumentów w okresie do 2 godzin od rozpoczęcia kontroli, Zakład może nałożyć na Ośrodek karę umowną w wysokości określonej w § 9 ust. 4.
5. Zakład zastrzega sobie prawo do kontroli, o której mowa w ust. 1, także poprzez wezwanie Ośrodka do przestania nieodpłatnie w określonym terminie na adres, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 3, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy, w tym w szczególności:
 - 1) historii choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
 - 2) dokumentów dotyczących prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 3) dokumentów dotyczących rozliczeń finansowych z Zakładem.

6. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia w na terenie całego Ośrodka, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.
7. W terminie nie później niż 21 dni od daty podpisania protokołu z kontroli, o której mowa w ust. 1, Ośrodek zobowiązuje się do przesłania informacji o wykonaniu zaleceń pokontrolnych na adres mail: SekretariatDPIR@zus.pl lub na adres

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Departament Prewencji i Rehabilitacji
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa.**

§ 8.

Odpowiedzialność Ośrodka

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:

- 1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
- 2) szkody będące wynikiem udzielanych usług rehabilitacyjnych.

§ 9.

Rozwiązanie umowy i kary umowne

1. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych może być rozwiązana przez każdą ze stron:
 - 1) bez wypowiedzenia, w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków umowy,
 - 2) za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
2. Zakład może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, w szczególności:
 - 1) w przypadku niedotrzymania przez Ośrodek warunków umowy, o których mowa w § 2 ust. 1–7 i ust. 12;
 - 2) w przypadku uniemożliwienia przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 7 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 7 ust. 5 lub ust. 7, w terminie określonym przez Zakład.
3. Zakład każdorazowo w przypadku stwierdzenia, niespełnienia przez Ośrodek któregośkolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1–7 i ust. 17–18 oraz w § 7 ust. 1 i 5, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.
4. Zakład ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 0,1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie

w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, każdorazowo w przypadku :

- 1) niedotrzymania terminu, o którym mowa w § 1 ust. 4, § 2 ust. 6, § 2 ust. 10, § 5 ust. 1 i 2, § 6 ust. 3 pkt 2 i 3; oraz § 7 ust. 7.
 - 2) wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 7, po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie.
5. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.
 6. W przypadku zatwierdzenia w ustawie budżetowej na dany rok środków finansowych w wysokości niewystarczającej na pokrycie zobowiązań wynikających z zawartych umów na realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, Zakład jednostronnie zastrzega sobie prawo do odpowiedniego zmniejszenia przedmiotu zamówienia lub rozwiązania umowy za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
 8. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w ust. 1–2 i ust. 6, oraz wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.
 9. Rozwiązanie umowy w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i ust. 6, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.

§ 10.

Realizacja pilotażowego programu rehabilitacji dla osób z uszkodzeniem OUN (ośrodkowego układu nerwowego) – aspekty praktyczne

1. Jeżeli w ramach jednego turnusu rehabilitacyjnego będą jednocześnie skierowane **osoby ze schorzeniami o przebiegu jednofazowym powodującym niepostępujące uszkodzenie OUN** (D32, D33, G46, G92, G93, I60, I61, I63, I69, T90) oraz z **chorobami o przebiegu postępującym** (G20, G22, G35, G37), program rehabilitacji będzie ustalony i realizowany oddzielnie dla obu tych grup pacjentów. Ułatwi to zarówno integrację grupy, jak też dostosowanie procesu terapeutycznego do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz prowadzenie optymalnego procesu rehabilitacji grupowej, psychoterapii oraz edukacji zdrowotnej. W placówce realizującej program, kwalifikację wstępną pacjentów do jednej z dwóch grup terapeutycznych przeprowadzi lekarz specjalista neurolog lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.
2. Ośrodek prowadzący rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN, **powinien zapewniać w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych**. Dotyczy to przede wszystkim **dostępności do szpitali** dysponujących możliwością konsultacji neurologicznej i szybkiej diagnostyki neurologicznej oraz szpitalnymi oddziałami ratunkowymi.
3. **Dobór procedur diagnostycznych i terapeutycznych dla każdego pacjenta** jest indywidualny i uzależniony od rodzaju schorzenia. Zostanie on wyszczególniony w opracowanym po przeprowadzeniu wstępnego badania podmiotowego i przedmiotowego, indywidualnym programie rehabilitacji.

4. **Program rehabilitacji (plan terapii) uwzględniający każdy dzień pobytu pacjenta w placówce** sporządza lekarz prowadzący wraz z terapeutami odpowiedzialnym za realizację programu.
5. **Realizacja programu będzie obejmowała część diagnostyczną oraz część terapeutyczną.**

1. **CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA :**

- 1) Wstępne badania lekarskie wykonywane w pierwszym dniu pobytu – wywiad (opis dolegliwości, przebiegu choroby, choroby współistniejące, stosowane leczenie, wywiad socjalny i rodzinny), badanie przedmiotowe (ocena stanu internistycznego, neurologicznego i funkcjonalnego), oznaczenie nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym oraz dolegliwości na karcie schematu ciała, analiza wyników badań dodatkowych i zaplanowanie indywidualnego programu rehabilitacji oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne (zaopatrzenie ortotyczne).
- 2) Kontrolne badania lekarskie wykonywane co najmniej 4x w turnusie.
- 3) Końcowe badania lekarskie wykonywane nie wcześniej niż dwa dni przed wypisem z ośrodka – wywiad (opis dolegliwości), badanie przedmiotowe (ocena stanu internistycznego, neurologicznego i funkcjonalnego), oznaczenie nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym oraz dolegliwości na karcie schematu ciała, analiza wyników terapii i ustalenie dalszych zaleceń.
- 4) Wstępne badanie fizjoterapeutyczne wykonywane w pierwszym dniu pobytu - obejmujące czynności fizjoterapeuty polegające na określeniu: diagnozy funkcjonalnej, wniosków z badania, celu fizjoterapii (indywidualny dla każdego pacjenta i realny do osiągnięcia), wykonaniu zalecanych testów, interpretacji wyników testów, planu fizjoterapii.
- 5) Końcowe badanie fizjoterapeutyczne wykonywane nie wcześniej niż dwa dni przed wypisem z ośrodka - obejmujące czynności fizjoterapeuty polegające na określeniu: diagnozy funkcjonalnej, wniosków z badania, wykonaniu zalecanych testów, interpretacji wyników testów, współuczestniczeniu w dobieraniu do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych, ocena stanu funkcjonalnego, końcowy instruktaż dotyczący kontynuacji kinezyterapii w warunkach domowych i zasad ergonomii.
- 6) Badanie fizjoterapeutyczne powinno zawierać usystematyzowaną ocenę pacjenta na poziomie ograniczeń aktywności i uczestnictwa (zgodnie z ICF i zaleceniami Krajowej Rady Fizjoterapeutów) w zakresie najważniejszych dla pacjenta czynności codziennych lub/i tych związanych z pracą zawodową (określa je pacjent). Ocena stopnia ograniczenia aktywności powinna być jak najbardziej zobiektywizowana (np. czas wykonania, precyzja wykonania, stopień nasienia bólu wywoływanego w czasie aktywności i in.). Fizjoterapeuta powinien także postawić hipotezę przyczyny ograniczenia aktywności na poziomie deficytu funkcji ciała (lub i struktury) i udokumentować stopień deficytu (np. niedowład lub bezwład określonego zespołu mięśniowego, zaburzenie napięcia mięśniowego, zaburzenie równowagi statycznej, przykurcz w stawie i in.) poprzez właściwe pomiary, które jednocześnie będą stanowiły weryfikację (potwierdzenie) postawionej hipotezy. Fizjoterapeuta powinien zbadać każdego pacjenta za pomocą powszechnie stosowanych i rozpoznawanych międzynarodowo skal na poziomie aktywności i deficytu motorycznego.

- 7) Każdy pacjent powinien być oceniony dwukrotnie za pomocą następujących skal: Test „Wstań i Idź” (3m), Skala Berga, Test 9 kołków (9 Hole Peg Test).
- 8) Wstępna ocena psychologiczna i neuropsychologiczna wykonywane nie później niż w trzecim dniu pobytu – obejmująca czynności psychologa i neuropsychologa polegające na określeniu: funkcjonowania poznawczo-behawioralnego przy użyciu indywidualnie dobranych testów, w zależności od stwierdzanych deficytów - testów diagnostycznych, a także celu i rodzaju terapii oraz planu terapii.
- 9) Końcowa ocena psychologiczna i neuropsychologiczna wykonywane nie wcześniej niż trzy dni przed wypisem - obejmująca: czynności psychologa i neuropsychologa polegające na określeniu: funkcjonowania poznawczo-behawioralnego przy użyciu indywidualnie dobranych testów, w zależności od stwierdzanych deficytów - testów diagnostycznych, uzyskanych efektów terapeutycznych, wydaniu opinii odnośnie funkcjonowania poznawczo-behawioralnego oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.
- 10) Ocena funkcjonowania poznawczego u każdego pacjenta powinna być wykonana dwukrotnie za pomocą standardowego pomiaru przy pomocy skali: ACE-R (Addenbrooke Cognitive Examination – Revised).
- 11) Wstępna ocena logopedyczna (neurologopedyczna) wykonywana nie później niż w trzecim dniu pobytu - obejmująca czynności logopedy (neurologopedy) polegające na określeniu nasilenia stwierdzonych zaburzeń mowy (objawy afatyczne, dyszartria), celu terapii oraz planu terapii.
- 12) Końcowa ocena logopedyczna (neurologopedyczna) wykonywana nie wcześniej niż trzy dni przed wypisem - obejmująca czynności logopedy (neurologopedy) polegające na określeniu nasilenia stwierdzonych zaburzeń mowy (objawy afatyczne, dyszartria), wydaniu opinii odnośnie uzyskanych efektów terapeutycznych.

2. CZĘŚĆ TERAPEUTYCZNA

1) Fizjoterapia i terapia zajęciowa:

- a) Kinezyterapia indywidualna – ćwiczenia wykonywane przez pacjenta z udziałem fizjoterapeuty, zgodnie ze zleconym programem rehabilitacji, zawierającym między innymi: ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, terapię manualną, metody neurofizjologiczne – PNF, techniki powięziowe, poizometryczną relaksację mięśni, itp., które będą realizowane przez 90 minut dziennie w trzech cyklach.
- b) Kinezyterapia grupowa - zestaw ćwiczeń wykonywanych pod nadzorem fizjoterapeuty, stanowiących uzupełnienie indywidualnej kinezyterapii, które będą realizowane przez 60 minut dziennie.
- c) Fizykoterapia stanowiąca uzupełnienie kinezyterapii - zabiegi z zakresu fizykoterapii nie mogą być stosowane zastępczo czy też jako jedyne procedury fizjoterapii.
- d) Terapia zajęciowa - indywidualna i / lub grupowa terapia zajęciowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego - w zależności od stanu funkcjonalnego pacjenta.

2) Terapia psychologiczna i neuropsychologiczna

- a) U wszystkich pacjentów: psychoterapia indywidualna i/lub grupowa, psychoedukacja, seria terapeutyczna treningów relaksacyjnych, indywidualne konsultacje oraz interwencje w zależności od potrzeb zgłaszanych przez lekarzy i pacjentów,
- b) Metody psychoterapii będą dostosowywane indywidualnie do diagnozy i analizy sytuacji życiowej pacjenta. Najczęściej będzie to terapia wspierająca, oparta na elementach terapii behawioralnej.
- c) Treningi relaksacyjne pomocne w redukcji stresu i napięcia, pozwalające choremu na kontrolowanie reakcji swojego organizmu i głębsze jego poznanie będą prowadzone z wykorzystaniem elementów treningu autogennego Schultza, techniki postępującej relaksacji Jacobsona oraz wizualizacji. Do prowadzenia relaksacji konieczny będzie podkład muzyczny i pomieszczenie maksymalnie wyciszone.
- d) U osób ze stwierdzonymi zaburzeniami funkcji poznawczych terapia powinna obejmować codzienne indywidualne ćwiczenia zaburzonych funkcji:
- Ćwiczenia funkcji językowych mają za zadanie pomóc szybciej znajdować potrzebne wyrazy w trakcie wypowiedzi. W ćwiczeniu aktualizacji słów może pomagać: przywołanie kontekstu, w którym zazwyczaj występuje dane słowo (kończenie zdań), dobieranie słów o podobnym lub przeciwnym znaczeniu (synonimy i antonimy), podanie definicji wyrazu, dzielenie słów na odpowiednie kategorie itp. Terapia neuropsychologiczna jest istotnym uzupełnieniem ćwiczeń logopedycznych.
 - W celu usprawniania pamięci (umożliwiającej uczenie się nowych czynności, przyswajanie nowych informacji oraz korzystanie z informacji uzyskanych w przebiegu życia, często ulegającej osłabieniu nawet przy niewielkich uszkodzeniach mózgu) stosuje się ćwiczenia obejmujące: zapamiętywanie słów według kategorii, kopiowanie i odtwarzanie z pamięci materiału słownego i bezsłownego, odtwarzanie materiału po dłuższym czasie, tworzenie i zapamiętywanie list (np. czynności, osób, zakupów) różnymi sposobami, zapamiętywanie lokalizacji bodźców i odtwarzanie go z pamięci itp.
 - Ćwiczenia uwagi (niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania innych procesów poznawczych, umożliwiającej selekcję informacji i koncentrację na bodźcu czy czynności wykonywanej w danym czasie) polegają najczęściej na: wyborze określonych bodźców spośród wielu podobnych (zróżnicowany stopień podobieństwa), szeregowaniu bodźców, liczeniu przedmiotów czy innych elementów, znajdowaniu różnic (np. w obrazkach), uzupełnianiu braków w sekwencji bodźców itp.
 - Ćwiczenia zaburzeń funkcji przestrzenno – wzrokowych, występujących częściej po uszkodzeniu prawej półkuli mózgu. Bardzo często pacjent ma ograniczoną świadomość swoich deficytów. Podstawowym zadaniem jest więc pokazanie mu zaistniałych zaburzeń i możliwości ich usprawniania. W bezpośredniej terapii, przy stosowaniu zadań „papier – ołówek” stosuje się: rysowanie wymienionych kształtów, uzupełnianie braków w kształtach (dorysowywanie symetrycznej połowy, brakujących części, łączenie itp.), rysowanie według instrukcji opisującej rozmieszczenie przedmiotów, poszukiwanie elementów na mapie itp.
 - Wszystkie zaburzone funkcje poznawcze będą także poddawane rehabilitacji z użyciem specjalistycznych urządzeń komputerowych do usprawniania tych

funkcji poznawczych. Treningi na urządzeniach komputerowych powinny być poprzedzone i zakończone oceną neuropsychologiczną deficytów uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych i szybkości przetwarzania informacji.

- Codzienny trening funkcji poznawczych z użyciem zróżnicowanego, uzupełniającego się specjalistycznego oprogramowania i urządzeń komputerowych, zapewni poszerzenie zakresu prowadzonej rehabilitacji neuropsychologicznej, maksymalizację jej efektów oraz uatrakcyjnienie treningu dla ćwiczących.

3) **Terapia logopedyczna (neurologopedyczna):**

- a) U osób ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy (objawy afatyczne, dyszartria) podstawową rolę będą spełniały ćwiczenia prowadzone przez logopedę (neurologopedę).
- b) Rehabilitacja zaburzeń mowy obejmuje zarówno działania pośrednie – w zakresie edukacji dotyczącej przestrzegania właściwych nawyków posługiwania się mową, jak i działania bezpośrednie – obejmujące poprawę pamięci werbalnej, słuchu fonemowego oraz wypracowanie i utrwalenie technik prawidłowej emisji głosu.
- c) Do terapii logopedycznej mogą być wykorzystane programy komputerowe, w zależności od potrzeb stwierdzonych w postępowaniu diagnostycznym.

§ 11.

Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji osób z uszkodzeniem OUN

1. Dokumentowanie procesu diagnostycznego i terapeutycznego będzie prowadzone w **indywidualnej historii choroby pacjenta** (załącznik nr 12 do umowy) a realizowanie planu rehabilitacji w indywidualnej karcie zleceń lekarskich (załącznik nr 8 do umowy).
2. Na początku i na końcu procesu rehabilitacji każdy pacjent zostanie poproszony o wypełnienie **kwestionariusza subiektywnie oceniającego samopoczucie** (załącznik nr 9 do umowy).
3. Przy zakończeniu rehabilitacji każdy ubezpieczony wypełni **anonimową ankietę oceniającą turnus rehabilitacyjny** (załącznik nr 10)
4. W dniu wypisu każdy pacjent otrzyma **Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS** dla pacjenta z uszkodzeniem OUN (załącznik nr 11 do umowy).

§ 12.

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy:

- 1) 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;
 - 2) Kodeksu cywilnego.
2. Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.
 3. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.
 4. Zmiana danych dotyczących adresu Ośrodka lub reprezentacji nie wymaga zawarcia aneksu do umowy.
 5. Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu.
 6. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zakład, a jeden Ośrodek.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1	Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne.
Załącznik nr 2	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 3	Wniosek o skrócenie/przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 4	Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 5	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
Załącznik nr 6	Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 7	Indywidualna karta zleceń lekarskich – karta zabiegowa.
Załącznik nr 8	Kwestionariusz subiektywnie określający samopoczucie.
Załącznik nr 9	Ankieta po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego.
Załącznik nr 10	Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN.
Załącznik nr 11	Historia choroby pacjenta.
Załącznik nr 12	Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 13	Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS.

**ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

OŚRODEK

.....

.....

.....

PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO (OUN) w systemie ambulatoryjnym			
Lp.	1. WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW		
1.1	lokalizacja ośrodka rehabilitacyjnego	1.1.1.	podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne o profilu neurologicznym i/lub rehabilitacyjnym
		1.1.2.	lokalizacja jednego obiektu na terenie miejscowości określonej przez ZUS - „obiektem” jest budynek, w którym będzie realizowana rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS
		1.1.3	zapewnienie możliwości dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego ogólnodostępnymi środkami komunikacji
1.2	baza lokalowa	1.2.1.	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety i sala rekreacyjno-wypoczynkowa - nie dotyczy obiektu, w którym umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
		1.2.2.	zapewnienie osobom z niepełnosprawnością ruchową, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu za pomocą platformy lub podjazdu, spełniającego normy budowlane, do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, sali rekreacyjno-wypoczynkowej bez konieczności opuszczania obiektu; b) ogólnodostępnej łazienki dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich
		1.2.3.	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach i sali rekreacyjno-wypoczynkowej
1.3	standardy żywienia	1.3.1.	zapewnienie podczas pobytu w ośrodku: a) ciepłych i zimnych napojów b) dostępu do czajnika elektrycznego c) jednego ciepłego posiłku, który musi odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia
1.4	kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna	1.4.1.	zapewnienie dostępu do lekarza prowadzącego leczenie co najmniej 5 dni w tygodniu
		1.4.2.	zapewnienie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas pobytu pacjentów w ośrodku
1.5	wymagania ogólne dotyczące zakresu i	1.5.1.	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną

	organizacji programu	1.5.2.	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji nie później niż w drugim dniu pobytu
		1.5.3.	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej wykonanego w pierwszej dobie po przyjeździe, b) wyznaczenia celu rehabilitacji (krótko- i długoterminowego), c) zleconego programu rehabilitacji opracowanego w pierwszej dobie po przyjeździe, d) kontrolnego badania lekarskiego wykonanego przez specjalistę rehabilitacji - nie mniej niż cztery razy w turnusie, e) końcowego badania lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej oraz epikryzy – wykonanych nie wcześniej niż 2 doby przed wyjazdem - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy f) wstępnego badania lekarza specjalisty neurologa wykonanego nie później niż drugiego dnia pobytu - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy, g) kontrolnego badania wykonanego przez lekarza specjalistę neurologa - nie mniej niż cztery razy w turnusie, h) końcowego badania przeprowadzonego przez lekarza specjalistę neurologa, wykonanego nie wcześniej niż 2 doby przed wyjazdem - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy, i) wstępnej i końcowej opinii o stanie funkcjonalnym, sporządzonej przez fizjoterapeutę, j) wstępnej i końcowej opinii psychologa i neuropsychologa, z wynikami wykonanych testów k) wstępnej i końcowej opinii logopedy, l) wstępnej i końcowej opinii o stanie funkcjonalnym sporządzonej przez terapeutę zajęciowego, m) wyników innych konsultacji i badań dodatkowych,
		1.5.4.	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach fizjoterapeutycznych, oddziaływaniach psychologicznych, neuropsychologicznych, logopedycznych, terapii zajęciowej i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
		1.5.5.	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
		1.5.6.	zapewnienie możliwości wykonania niezbędnych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, wynikających ze wskazań medycznych

		1.5.7.	realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie następstw choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację, oraz chorób współistniejących, przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do soboty
		1.5.8.	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8:30

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ
DLA OSÓB Z USZKODZENIEM OUN
(10 osób w turnusie ambulatoryjnym)**

2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

2.1	kadra lekarska i specjalistyczna	2.1.1.	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej i co najmniej jednego lekarza specjalisty neurologa
		2.1.2.	zatrudnienie, co najmniej 3 fizjoterapeutów z tytułem magistra, z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w rehabilitacji osób dorosłych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Fizjoterapeuta prowadzi indywidualną rehabilitację leczniczą nie więcej niż 4 pacjentów w turnusie.
		2.1.3.	zatrudnienie logopedy z minimum dwuletnim doświadczeniem w pracy z osobami dorosłymi z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
		2.1.4.	zatrudnienie: a) co najmniej jednego psychologa ze specjalizacją z psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji po 2 latach kształcenia, z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z osobami dorosłymi z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, posiadającego certyfikat psychoterapeuty lub będącego w trakcie szkolenia prowadzącego do uzyskania takiego certyfikatu, b) co najmniej jednego neuropsychologa z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z osobami dorosłymi z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
		2.1.5.	zatrudnienie co najmniej jednego dyplomowanego terapeuty zajęciowego prowadzącego adaptację i trening czynności codziennych, zależnie od możliwości i potrzeb pacjenta
		Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:	
2.2	Wypożyczenie w gabinecie, aparaturę leczniczą i diagnostyczną	2.2.1.	gabinet lekarski wyposażony między innymi w krzesło i leżankę do badania pacjenta oraz stanowisko z komputerem do prowadzenia dokumentacji medycznej
		2.2.2.	dyżurka pielęgniarek
		2.2.3.	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, c) zestaw do resuscytacji, d) rurki ustno-gardłowe e) defibrylator f) ciśnieniomierz g) glukometr
		2.2.4.	gabinet fizjoterapeutyczny do badania pacjentów i do prowadzenia dokumentacji, wyposażony między innymi w: a) stół do badania fizjoterapeutycznego z elektryczną regulacją wysokości, b) podstawowe przybory pomiarowe umożliwiające przeprowadzenie testów i pomiarów: centymetr

			krawiecki, goniometr, inklinometr, pion, stoper, zestaw testowy do Testu 9 kołków (9 Hole Peg Test), c) stanowisko do prowadzenia dokumentacji medycznej.
		2.2.5.	gabinet masażu leczniczego wyposażony w stół do masażu
		2.2.6.	gabinet psychologiczny wyposażony między innymi w komputer z dostępem do Internetu
		2.2.7.	gabinet neuropsychologiczny - wyposażony między innymi w: a) komputer z dostępem do Internetu, b) narzędzia do diagnostyki i ćwiczeń procesów poznawczych, c) wystandaryzowane testy konieczne do diagnostyki psychologicznej: WAIS-R (PL) – Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – wersja zrewidowana, WCST – Test Sortowania Kart z Wisconsin, CVLT – Kalifornijski Test Ucznia się Językowego, CTT – Kolorowy Test Połączeń – wersja dla dorosłych, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, KPD – Kwestionariusz do Pomiaru Depresji, MMPI – 2., oraz ACE-R.
		2.2.8.	gabinet logopedyczny - wyposażony w: a) komputer z programem/programami do oceny i rehabilitacji funkcji językowych, b) lustro, c) różnego rodzaju pomoce do terapii indywidualnej, na przykład: książki, obrazki, układanki, historyjki obrazkowe, d) przybory do pisanie i rysowania.
		2.2.9.	sala do terapii zajęciowej wyposażona między innymi w: a) w sprzęt i przybory służące poprawie czynności chwytnej ręki i koordynacji czuciowo-ruchowej, b) dwa stoliki do ćwiczeń manualnych
		2.2.10.	sala przystosowana do treningów relaksacyjnych/psychoterapii grupowej wyposażona w dziesięć stanowisk
		2.2.11.	wózek lub wózki do transportu pacjentów w pozycji siedzącej i leżącej
		2.2.12.	dysponowanie w udostępnionym obiekcie salą rekreacyjno – wypoczynkową, przystosowaną również do spożywania posiłków, wyposażoną w: a) 3 stoliki b) 10 krzeseł c) co najmniej 2 miejsca do odpoczynku w pozycji leżącej
		Sala lub sale do kinezyterapii indywidualnej wyposażone w:	
		2.2.13.	co najmniej dwa systemy do ćwiczeń w odciążeniu
		2.2.14.	co najmniej jeden wielostanowiskowy stół do ćwiczeń manualnych
		2.2.15.	co najmniej jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn górnych
		2.2.16.	co najmniej jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn dolnych

		2.2.17.	co najmniej jedna bieżnia elektryczna
		2.2.18.	co najmniej jeden cykloergometr
		2.2.19.	co najmniej jeden cykloergometr poziomy
		2.2.20.	co najmniej jeden trener eliptyczny
		2.2.21.	co najmniej trzy stoły z elektryczną regulacją wysokości do ćwiczeń indywidualnych, w tym jeden o wymiarach 120x200cm
		2.2.22.	co najmniej jedno urządzenie do ćwiczeń równoważnych
		2.2.23.	co najmniej jedno urządzenie do ćwiczeń równoważnych z biologicznym sprzężeniem zwrotnym
		2.2.24.	co najmniej jedno urządzenie do ćwiczeń kończyny górnej z biologicznym sprzężeniem zwrotnym
		2.2.25.	co najmniej jedno urządzenie do interaktywnych ćwiczeń z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej w pozycji stojącej
		2.2.26.	co najmniej jedno urządzenie do interaktywnych ćwiczeń z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej w pozycji siedzącej
		2.2.27.	poręczce do nauki chodzenia
		2.2.28.	schody z poręczami do nauki chodzenia
		2.2.29.	lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej
		2.2.30.	sprzęt do kinezyterapii indywidualnej, na przykład.: dmuchane piłki rehabilitacyjne w różnych rozmiarach, ciężarki, gumy do ćwiczeń
		Sala do kinezyterapii grupowej:	
		2.2.31.	wyposażona w dziesięć stanowisk do ćwiczeń: a) dziesięć materaców gimnastycznych, b) dziesięć drabinek rehabilitacyjnych
		Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami:	
		2.2.32.	jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej (z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza)
		2.2.33.	dwa stanowiska do miejscowych zabiegów ciepłoleczniczych
		2.2.34.	dwa stanowiska do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości
		2.2.35.	dwa stanowiska do zabiegów z zakresu elektroterapii
		2.2.36.	jedno stanowisko do laseroterapii
		2.2.37.	jedno stanowisko do zabiegów światłoleczniczych
		2.2.38.	jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami

		2.2.39.	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych
		2.2.40.	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych
2.3	wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu	2.3.1.	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, przez 6 dni w tygodniu, codziennie : a) minimum 90 minut kinezyterapii indywidualnej w 3 cyklach, b) minimum 60 minut kinezyterapii grupowej (maks. 6 osób w grupie) c) minimum 30 minut ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej wymienionej w wyposażeniu
		2.3.2.	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie, terapii neuropsychologicznej i / lub logopedycznej, przez 5 dni w tygodniu, codziennie : a) indywidualnej rehabilitacji neuropsychologicznej (jeżeli są wskazania medyczne do tej terapii) – 45 minut, b) indywidualnej rehabilitacji logopedycznej (jeżeli są wskazania medyczne do tej terapii) – 45 minut.
		2.3.3.	realizowanie w indywidualnie ustalonym programie, terapii zajęciowej – przez 5 dni w tygodniu, codziennie - minimum 45 minut, uwzględniającej aktualne potrzeby, sygnalizowane przez pacjenta w zakresie czynności codziennych.
		2.3.4.	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie, terapii psychologicznej: • codziennie – przez 5 dni w tygodniu, grupowych treningów relaksacyjnych prowadzonych przez psychologa – 30 minut (maks. 10 osób w grupie), • co najmniej 1 lub 2 razy w tygodniu – (częstotliwość w zależności od wskazań medycznych): a) psychoterapii indywidualnej – 45 minut b) psychoterapii grupowej – 90 minut c) psychoedukacji grupowej – 60 minut
		2.3.5.	realizowanie 1 – 2 razy w tygodniu, edukacji zdrowotnej grupowej z uwzględnieniem tematów: a) czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym udaru mózgu, b) objawy, przebieg i następstwa chorób OUN (SM, udar mózgu, choroba Parkinsona), c) zasady diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób OUN (SM, udar mózgu, choroba Parkinsona), d) rola kompleksowej rehabilitacji w chorobach OUN, e) zasady profilaktyki i zachowań prozdrowotnych osób z uszkodzeniem OUN (bezpieczna aktywność fizyczna osób z uszkodzeniem OUN, znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej osób z uszkodzeniem OUN, nałogi w patogenezie chorób OUN i zasady walki z nałogami, znaczenie przestrzegania wdrożonych zasad profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego),

			f) zasady ergonomii w wykonywaniu czynności codziennych z uwzględnieniem obecności przetrwałych deficytów neurologicznych, g) nadwaga i otyłość w patogenezie chorób OUN, h) niedożywienia w procesie zdrowienia i rehabilitacji w chorobach OUN, i) zasady prawidłowego żywienia, j) edukacja w zakresie prawa pracy.
--	--	--	--

.....
Pieczęć Ośrodka

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	Oddział ZUS	Data przyjazdu **
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Liczba osób, które stawiły się w obiekcie				

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

** 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/przedłużenie^{*}
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS

Pani/Pan^{*} PESEL

Zawód

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej - pierwszy dzień pobytu

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu **

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu **

Rozpoznanie (w języku polskim)

.....

.....

Uzasadnienie wniosku o **skrócenie/przedłużenie^{*}**

.....

.....

Po przedłużeniu rehabilitacji ww. **rokuje/nie rokuje^{*}** odzyskanie zdolności do pracy.

Zwrotny adres email

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

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. Nr 131, poz. 1457 z późn. zm.).

Zgoda^{*} / Brak zgody^{*} Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

- **skrócenie^{*}** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu

- **przedłużenie^{*}** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu

Warszawa, dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii***
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

- * niepotrzebne skreślić
- ** wypełnić odpowiedni wiersz
- *** mgr fizjoterapii może wyrażać zgodę tylko w przypadku skróceń

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą
w turnusie od do dotyczy Faktury nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Jednostkowy koszt rehabilitacji	Uwagi/ nieobecności (od...do...)
			od	do			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Razem							

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 5
do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu
w turnusie od do dotyczy Faktury nr Noty nr

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)	Podstawa zwrotu (zgodnie z kol. 6)	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 7)	Podpis osoby skierowanej
			od	do				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Razem								

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....
Pieczęć Ośrodka

do umowy nr
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

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

Nr z wymagań (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i imię	Funkcja (np. lekarz prowadzący, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	So

....., 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

Nr ks. gł.

Nr pokoju

INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH – KARTA ZABIEGOWA

(jest dokumentem podlegającym obowiązkowemu zwrotowi po zakończeniu serii zabiegów)

Nazwisko i imię PESEL

Rozpoznanie:

.....
.....

Data rozpoczęcia rehabilitacji.....

Data zakończenia rehabilitacji.....

Lekarz prowadzący

Fizjoterapeuta.....

Psycholog

Neuropsycholog

Logopeda

Terapeuta zajęciowy

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - FIZJOTERAPIA

Lp.	Zabiegi fizjoterapeutyczne	Liczba i częstotliwość zabiegów	Czas trwania zabiegu	Godzina zabiegu	Sala	Data											
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego zabiegi																	
						Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie zabiegów											

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH – TERAPIA PSYCHOLOGICZNA

Lp.	Rodzaje terapii psychologicznej i psychoedukacji	Liczba i częstotliwość terapii	Czas trwania terapii	Godzina terapii	Sala	Data											
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego terapię																	
						Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie terapii											

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH – TERAPIA NEUROPSYCHOLOGICZNA

Lp.	Rodzaje terapii neuropsychologicznej	Liczba i częstotliwość terapii	Czas trwania terapii	Godzina terapii	Sala	Data											
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego terapię																	
						Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie terapii											

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH – TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Lp.	Rodzaje terapii logopedycznej	Liczba i częstotliwość terapii	Czas trwania terapii	Godzina terapii	Sala	Data											
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego terapię																	
						Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie terapii											

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH – TERAPIA ZAJĘCIOWA

Lp.	Rodzaje terapii zajęciowej	Liczba i częstotliwość terapii	Czas trwania terapii	Godzina terapii	Sala	Data											
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego terapię																	
						Podpisy pacjenta potwierdzające wykonanie terapii											

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - FARMAKOTERAPIA

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Data									
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego			Podpis pielęgniarki przyjmującej zlecenia									

Nr ks. gł.

KWESTIONARIUSZ SUBIEKTYWNE OKREŚLAJĄCY SAMOPOCZUCIE

Nazwisko i imię PESEL

Data badania.....

1. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia?

bardzo zły	zły	przeciętny	dobry	bardzo dobry
------------	-----	------------	-------	--------------

2. Jaka jest Pan/i sprawność ruchowa?

słaba	przeciętna	dobra	bardzo dobra
-------	------------	-------	--------------

3. Czy dotychczasowe leczenie wpływa na poprawę Pana/i stanu zdrowia?

raczej nie	w niewielkim stopniu	raczej tak	zdecydowanie tak
------------	----------------------	------------	------------------

4. W jakim stopniu jest Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu pracy zawodowej?

w bardzo dużym stopniu	znacznie	średnio	w niewielkim stopniu
------------------------	----------	---------	----------------------

5. Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy zawodowej?

wcale	muszę zmienić na lżejszą pracę	wracam do poprzedniej pracy
-------	--------------------------------	-----------------------------

6. Czy zamierza Pan/i wrócić do pracy do poprzedniego miejsca zatrudnienia?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

7. Jak często odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe?

rzadko	sporadycznie	często	zawsze
--------	--------------	--------	--------

8. W jakim stopniu ból fizyczny utrudnia wykonywanie codziennych obowiązków?

uniemożliwia	w bardzo dużym stopniu	średnio	w niewielkim stopniu	wcale
--------------	------------------------	---------	----------------------	-------

9. Jak ocenia Pan/i sprawność pamięci?

słaba	przeciętna	dobra	bardzo dobra
-------	------------	-------	--------------

10. Czy ma Pan/i trudności z uczeniem się nowych czynności?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

11. Czy ma Pan/i trudności z podejmowaniem decyzji?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

12. Jak często jest Pan/i aktywna fizycznie (np. taniec, bieganie, gimnastyka itp.)?

nigdy	sporadycznie	często	regularnie
-------	--------------	--------	------------

13. Jak często czuje się Pan/i zmęczenie?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

14. Czy miewa Pan/i problemy ze snem (trudności z zasypianiem, wybudzenia, koszmary senne itp.)?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

15. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i radość, zadowolenie, satysfakcję?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

16. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i smutek, przygnębienie, lęk, miała obniżony nastrój?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

17. Jak często w czasie ostatnich 4 tygodni odczuwał/a Pan/i takie objawy jak:
przyspieszone tętno, nadmierne pocenie się, zawroty głowy, biegunki?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

18. Jak często martwi się Pan/i stanem swojego zdrowia?

nigdy	czasami	często	zawsze
-------	---------	--------	--------

19. Jak często czyta Pan/i codzienną prasę lub książki?

nigdy	czasami	często	codziennie
-------	---------	--------	------------

20. Czy stan Pan/i zdrowia utrudnia realizowanie hobby/ poświęcanie się swoim zainteresowaniom?

uniemożliwia	w bardzo dużym stopniu	średnio	w niewielkim stopniu	wcale
---------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------------------	--------------

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza

ANKIETA PO ZAKOŃCZENIU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

1. Czy udział w turnusie rehabilitacyjnym przyczynił się do poprawy Pana/i stanu zdrowia?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

2. Czy czuje się Pan/i zdolny/a do powrotu do pracy?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

3. Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do poprawy sprawności ruchowej?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

4. Czy zastosowane w czasie turnusu leczenie przyczyniło się do zmniejszenia dolegliwości bólowych?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

5. Czy czas poświęcony na zabiegi fizjoterapii był wystarczający?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

6. Czy udział w zajęciach prowadzonych przez psychologa przyczynił się do poprawy Pana/i nastroju?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

7. Czy zastosowany w czasie turnusu trening psychologiczny/logopedyczny przyczynił się do odczuwanej przez Pana/Panią poprawy sprawności zaburzonych funkcji?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

8. Czy przeprowadzone treningi psychologiczne/logopedyczne były dla Pana/i interesujące?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

9. Czy czas poświęcony na treningi psychologiczne/logopedyczne był wystarczający?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

10. Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat czynników ryzyka i zasad profilaktyki chorób cywilizacyjnych?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

11. Czy uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych przyczyniło się do zwiększenia Pana/i wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

12. Czy uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym poprawiło Pana/Pani motywację do powrotu do pracy?

zdecydowanie nie	raczej nie	nie wiem	raczej tak	zdecydowanie tak
------------------	------------	----------	------------	------------------

Czy ma Pan/Pani jakieś uwagi dotyczące odbytego turnusu rehabilitacyjnego, którymi chciałby Pan/chciałaby Panie się z nami podzielić?

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza

Nr ks. gł.

OUN.A

**INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ
w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN**

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.

..... nr stat.

Wykształcenie

Zawód wykonywany Zawód wyuczony

1. OCENA KLINICZNA ZMIANY STANU ZDROWIA PACJENTA W CZASIE REHABILITACJI LECZNICZEJ: (*stan przy przyjęciu i stan przy wypisie oraz wyniki rehabilitacji*):

a) badanie i ocena lekarza specjalisty rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) badanie i ocena lekarza specjalisty neurologa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) ocena fizjoterapeutyczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) ocena psychologiczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) ocena neuropsychologiczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

e) ocena logopedyczna

.....

f) ocena terapeuty zajęciowego

Liczba dni zabiegowych:

2. REHABILITACJA LECZNICZA:

Kinezyterapia	Rodzaj i okolica (układ, funkcja), na którą zastosowano zabiegi	Czas trwania zabiegu	Liczba zabiegów
Indywidualna			
Indywidualna			
Indywidualna			
Grupowa			
Kinezyterapia z wykorzystaniem urządzeń i aparatury wspomagającej			
Inne			
Razem liczba zrealizowanych zabiegów kinezyterapeutycznych			

Fizykoterapia	Rodzaj	Okolice, na którą zastosowano zabiegi	Liczba zabiegów
Zabiegi ciepłolecznicze			
Krioterapia miejscowa			
Elektroterapia			
Zabiegi światłolecznicze			
Hydroterapia			
Pole magnetyczne małej częstotliwości			
Ultradźwięki			
Laser			

Masaż leczniczy			
Inne			
Razem liczba zrealizowanych zabiegów fizykoterapeutycznych			

Terapia psychologiczna	Czas trwania terapii psychologicznych i wykładów	Liczba terapii
Treningi relaksacyjne		
Psychoterapia indywidualna		
Psychoterapia grupowa		
Psychoedukacja		
Inne		
Razem liczba zrealizowanych terapii psychologicznych i wykładów		

Terapia neuropsychologiczna	Czas trwania terapii neuropsychologicznych	Liczba terapii
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii :		
Razem liczba zrealizowanych terapii neuropsychologicznych		

Terapia logopedyczna	Czas trwania terapii logopedycznych	Liczba terapii
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii :		
Razem liczba zrealizowanych terapii logopedycznych		

Terapia zajęciowa	Czas trwania terapii zajęciowych	Liczba terapii
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii:		
Rodzaj terapii :		
Razem liczba zrealizowanych terapii zajęciowych		

3. FARMAKOTERAPIA:

Lek	Postać, dawka	Data: od - do

4. EDUKACJA ZDROWOTNA:

Tematy wykładów:	Data	Liczba
Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym udaru mózgu		
Objawy, przebieg i następstwa chorób ośrodkowego układu nerwowego: stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu		
Zasady diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób ośrodkowego układu nerwowego: stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu		
Rola kompleksowej rehabilitacji w chorobach OUN.		
Zasady profilaktyki i nauka realizacji zachowań prozdrowotnych osób z uszkodzeniem OUN (bezpieczna aktywność fizyczna osób z uszkodzeniem OUN, znaczenie aktywności intelektualnej i psychospołecznej osób z uszkodzeniem OUN, nałogi w patogenezie chorób układu nerwowego i zasady walki z nałogami, znaczenie przestrzegania wdrożonych zasad profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego)		
Zasady ergonomii w wykonywaniu czynności codziennych ze szczególnym uwzględnieniem obecności przetrwałych deficytów neurologicznych		
Nadwaga i otyłość w patogenezie chorób OUN		
Niedożywienia w procesie zdrowienia i rehabilitacji w chorobach OUN		
Zasady prawidłowego komponowania jadłospisu		
Edukacja w zakresie prawa pracy mająca na celu zwiększenie poziomu świadomości prawnej, kompetencji, kwalifikacji i wiedzy, w związku z możliwością podjęcia pracy zawodowej		
Inne		
Razem liczba zrealizowanych wykładów w ramach edukacji zdrowotnej:		

5. WYNIKI REHABILITACJI:

Ocena stanu funkcjonalnego testy i skale	Początkowa	Końcowa
Test „Wstań i Idź” (3 m)		
Skala Berga		
Test 9 kołków (9 Hole Peg Test)		
Skala ACE-R		

Podsumowanie efektów rehabilitacji leczniczej (opinia końcowa z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego, tj.: objawów ubytkowych, siły, czucia, odruchów, napięcia mięśniowego, sprawności manualnej, chodu, równowagi, czynności dnia codziennego, funkcji poznawczych, stanu psychicznego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinia o stanie funkcjonalnym na dzień wypisu:

(należy zaznaczyć odpowiednią cyfrę)

Poprawa stanu funkcjonalnego	Bez zmiany stanu funkcjonalnego	Pogorszenie stanu funkcjonalnego
1	2	3

6. ZALECENIA DLA OSOBY SKIEROWANEJ PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH :

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

.....

Miejsce i data

Podpis lekarza prowadzącego

Podpis ordynatora /kierownika placówki

/OUN.A – Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS/

Nr ks. gł.

OUN.A

HISTORIA CHOROBY PACJENTA
przebywającego na rehabilitacji leczniczej
w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem OUN

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.....

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

Wykształcenie

Zawód wykonywany Zawód wyuczony

1. OCENA KLINICZNA WSTĘPNA – PRZED ROZPOCZĘCIEM REHABILITACJI:

Data badania:.....

Pomiar RR:

Pomiar HR:

Masa ciała: początkowa końcowa wzrost

a) wywiad lekarski przeprowadzony przez lekarza specjalistę rehabilitacji *(zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, wypadki, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) badanie przedmiotowe przeprowadzone przez lekarza specjalistę rehabilitacji:

.....

.....

.....

.....

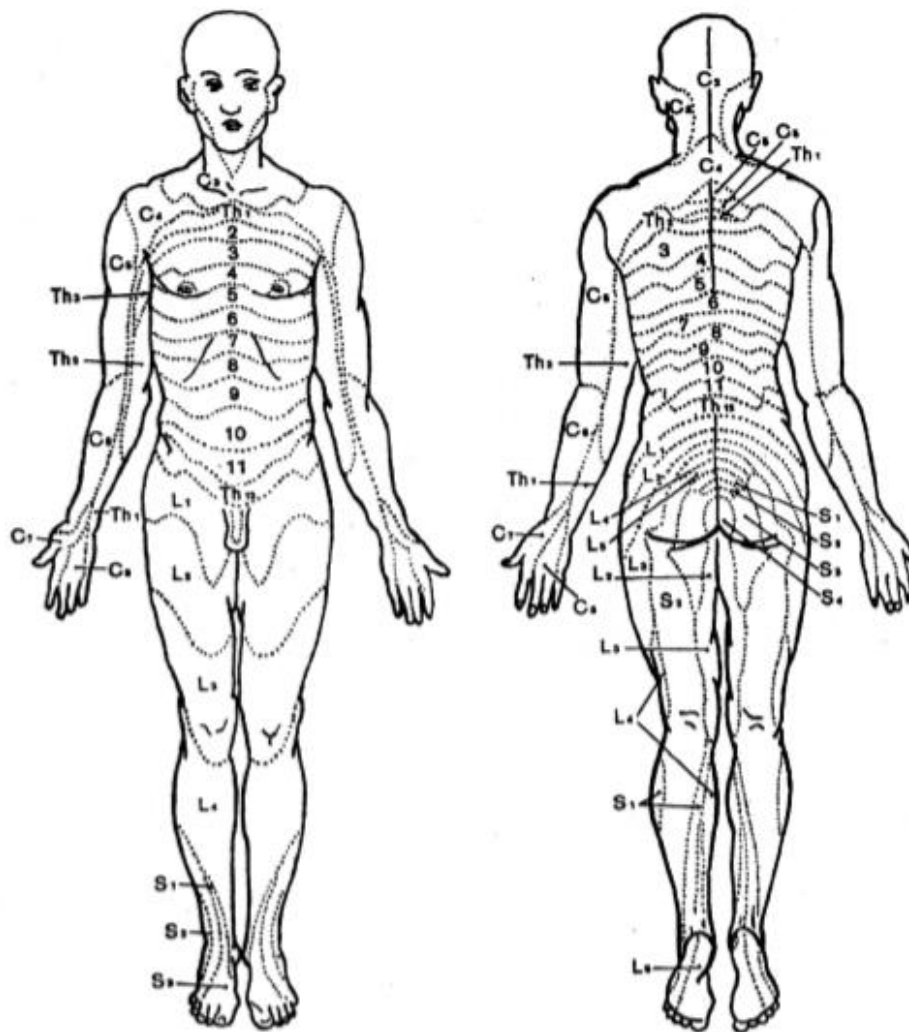
.....

.....

c) badanie wstępne wykonane przez lekarza specjalistę neurologa

przeprowadzone w dniu

STAN NEUROLOGICZNY



Stan świadomości

Czaszka:

wygląd i budowa

obmacywaniem

opukiwaniem

przysłuch

Objawy oponowe:

sztywność karku

objaw Kerniga

Nerwy czaszkowe:

I: węch

II: ostrość wzroku

pole widzenia (orientacyjne)

dno oczu	
III, IV, V: gałki oczne osadzone	
ustawienie	
szpary powiekowe	
ruchy gałek	
oczopląs	
żrenice: kształt	
wielkość	
oddziaływanie	
V: czucie na twarzy	
odruchy rogówkowe	
odruchy spojówkowe	
żwacze napina	
odruch żuchwowy	
VII: marszczy czoło	
zaciska oczy	
fałdy nosowo-wargowe	
szczyrzy zęby	
VIII: ostrość słuchu	
próba Rinnego	
próba Webera	
IX, X: podniebienie miękkie	
języczek	
odruchy podniebienne	
odruchy gardłowe	
połykanie	
fonacja	
XI: skręt głowy	
unoszenie barków	
XII: język	
ruchy na boki	
zaniki	
drżenia	
smak:	
Tułów: odruchy brzuszne	
czucie	
Kręgosłup: ustawienie	
ruchomość	

objaw szczytowy

wygląd

ułożenie

napiecie

ruchy bierne

ruchy czynne

siła mięśniowa

odruchy: ze ścięgna m. trójgłowego prawy lewy

ze ścięgna m. dwugłowego prawy lewy

z kości łokciowej prawy lewy

z kości promieniowej prawy lewy

odruchy patologiczne

czucie powierzchniowe

czucie głębokie

ruchy naprzemienne

wygląd

ruchy mimowolne

ułożenie

napięcie

ruchy bierne

ruchy czynne

siła mięśniowa

odruchy: kolanowe prawy lewy

skokowe prawy lewy

podeszwowe prawy lewy

odruchy patologiczne:

objaw Babińskiego	prawy	lewy

objaw Rossolimo prawy lewy

objaw Laseque'a	prawy	lewy
-----------------	-------	------

czucie powierzchniowe

czucie głębokie

zbornosc

Chód:

d) wstępna konsultacja i ocena fizjoterapeutyczna przeprowadzona w dniu :

.....

.....

.....

.....

.....

e) wstępna konsultacja psychologiczna przeprowadzona w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

f) wstępna konsultacja neuropsychologiczna przeprowadzona w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

g) wstępna konsultacja logopedyczna przeprowadzona w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

h) wstępna ocena stanu funkcjonalnego sporządzona przez terapeutę zajęciowego

przeprowadzona w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

2. CEL REHABILITACJI KRÓTKO- I DŁUGOTERMINOWY:

.....

.....

.....

3. ZLECONY PROGRAM REHABILITACJI:

4. OCENA STANU FUNKCJONALNEGO:

Testy i skale	Początkowa	Końcowa
Test „Wstań i Idź” (3 m)		
Skala Berga		
Test 9 kołków (9 Hole Peg Test)		
Skala ACE-R		

5.KARTA OBSERWACJI PACJENTA (obserwacja stanu ogólnego i funkcjonalnego pacjenta – ocena wykonywana przez lekarza specjalistę rehabilitacji, oraz lekarza specjalistę neurologa, co najmniej cztery razy w turnusie, przez każdego z wymienionych specjalistów):

a) badania kontrolne lekarza specjalisty rehabilitacji wykonane w dniach:

53

b) badania kontrolne lekarza specjalisty neurologa wykonane w dniach:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. OCENA KLINICZNA PRZY WYPISIE:

a) badanie przedmiotowe końcowe przeprowadzone przez lekarza specjalistę rehabilitacji

w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) badanie neurologiczne końcowe przeprowadzone przez lekarza specjalistę neurologa

w dniu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) konsultacja i ocena fizjoterapeutyczna końcowa

przeprowadzona w dniu :

.....

.....

.....
.....
.....
.....
d) konsultacja psychologiczna końcowa przeprowadzona w dniu:

.....
.....
.....
.....
.....
e) konsultacja neuropsychologiczna końcowa przeprowadzona w dniu:

.....
.....
.....
.....
.....
f) konsultacja logopedyczna końcowa przeprowadzona w dniu:

.....
.....
.....
.....
.....
g) końcowa ocena stanu funkcjonalnego sporządzona przez terapeutę zajęciowego
przeprowadzona w dniu:

7. PODSUMOWANIE EFEKTÓW REHABILITACJI LECZNICZEJ *(opinia końcowa z uwzględnieniem stanu*

funkcjonalnego, tj.: objawów ubytkowych, siły, czucia, odruchów, napięcia mięśniowego, sprawności manualnej, chodu, równowagi, czynności dnia codziennego, funkcji poznawczych, stanu psychicznego):

.....
.....

8. ZALECENIA DLA OSOBY SKIEROWANEJ PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH:

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

.....

Miejsce i data

.....

Podpis lekarza prowadzącego

.....

Podpis ordynatora /kierownika placówki

Pieczeń Ośrodka

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 diagnostyczne i/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

Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS - rehabilitacja lecznicza w systemie ambulatoryjnym w schorzeniach narządu ruchu	
1.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, włącznie z ostatnim dniem pobytu
2.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
3.	lekarz prowadzący leczenie powinien być dostępny co najmniej 5 razy w tygodniu
4.	pacjent powinien mieć zapewnioną podczas pobytu w ośrodku opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 ³⁰
6.	ośrodek zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu
7.	ośrodek zapewnia salę rekreacyjno-wypoczynkową