

Konkurs ofert Nr: .....

UMOWA Nr .....

zawarta w dniu ..... pomiędzy:

**Zakładem Ubezpieczeń Społecznych** z siedzibą w Warszawie ul. Szamocka 3, 5,

posiadającym NIP 5213017228, REGON 000017756,

zwany w treści Umowy „**Zakładem**”,

w imieniu którego działa:

..... Departamentu Prewencji i Rehabilitacji,

na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Zakładu Nr ..... z dnia ....., którego kopia stanowi

załącznik Nr ..... do Umowy:

.....

a

.....

prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą:

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją) :

.....;

.....

na podstawie odpisu CEIDG z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy\*

a

.....

siedziba: .....,

posiadającym NIP ....., REGON .....,

wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy

w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

zwanym w treści Umowy „Ośrodkiem”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....,

**na podstawie odpisu KRS z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy\***

a

.....

siedziba: .....,

posiadającym NIP ....., REGON .....,

wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy

w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

zwanym w treści Umowy „Ośrodkiem”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....,

**na podstawie pełnomocnictwa z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy,  
udzielonego przez .....(imię, nazwisko i stanowisko)....., uprawnionego do reprezentacji  
zgodnie z odpisem KRS z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy\***

a

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

zwanym w treści Umowy „Ośrodkiem”,

reprezentowanym przez komplementariusza: *(chyba że inna reprezentacja wynika z umowy spółki lub KRS)*

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy

w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....,

**na podstawie odpisu KRS z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr .....**

**do Umowy oraz odpisu KRS z dnia ..... stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy\***

a

1/ ....., adres zamieszkania ....., legitymujący się dowodem osobistym Nr i seria ....., prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą:

.....,

siedziba: .....

posiadający NIP ....., REGON: .....

działający(-a) na podstawie odpisu CEIDG z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy – Wspólnik

2/ ....., adres zamieszkania ....., legitymujący się dowodem osobistym Nr i seria ....., prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą:

.....,

siedziba: .....

posiadający NIP ....., REGON: .....

działający na podstawie odpisu CEIDG z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy – Wspólnik

prowadzącymi działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą:

.....

siedziba: .....,

posiadającą NIP ....., REGON .....,

zwany w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....\*;

a

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....;

na podstawie odpisu KRS z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr ..... do Umowy\*

\*wybrać wzór komparycji właściwy dla Wnioskodawcy ze względu na formę organizacyjno-prawną

łącznie zwanymi „**Stronami**”, a z osobna „**Stroną**”.

Osoby podpisujące niniejszą umowę („**Umowa**”) oświadczają, że są umocowane do podpisywania i składania oświadczeń w imieniu Strony, którą reprezentują ze skutkiem prawnym dla niej i że umocowanie to nie wygaśło.

**§ 1.**  
**Przedmiot Umowy**

1. W ramach przedmiotu Umowy Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania na zamówienie Zakładu, rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym dla osób ze schorzeniami narządu głosu w latach 2022-2024.
2. Łączna liczba turnusów to..., w tym:  
w 2022 roku ..... turnusów, dla ..... (łącznej liczby osób)  
w 2023 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznej liczby osób)  
w 2024 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznej liczby osób)

W jednym turnusie rehabilitacji leczniczej może maksymalnie uczestniczyć ..... osób.

Każdy turnus będzie trwał 24 dni, a rehabilitacja będzie prowadzona w położnym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obiekcie.

.....

.....

*(nazwa i adres obiektu)*

3. Liczba dni pobytu w Ośrodku osób skierowanych przez Zakład nie może przekroczyć łącznej liczby ..... w latach 2022-2024:  
..... w 2022 roku,  
..... w 2023 roku,  
..... w 2024 roku,  
wynikającej z przemnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 2.
4. Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 2, po uzyskaniu zgody Ośrodka, jednak z zastrzeżeniem że:
  - 1) łączna liczba dni pobytu w danym roku obowiązywania Umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 3;
  - 2) dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne, określone w załączniku Nr 1 i 2 do Umowy;

5. W przypadku wyrażenia przez Ośrodek zgody na skierowanie większej liczby osób, o którym mowa w ust. 4, Ośrodek zobowiązany jest do przesłania informacji których turnusów ma to dotyczyć. Osoby te będą kwaterowane zgodnie z dodatkowym wykazem pokoi, który stanowi załącznik Nr 12a.
6. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego. Ostatni turnus w danym roku kalendarzowym nie może skończyć się później niż w dniu 23 grudnia.
7. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadkach określonych w § 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).
8. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie i przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi odpowiednio załącznik Nr 4 i 4a do Umowy.
9. W przypadku wniosku o przedłużenie czasu trwania rehabilitacji Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.
10. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą pokrycia kosztów z tytułu skrócenia pobytu.
11. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w ust. 2, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.
12. Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.
13. Ośrodek prowadzi żywienie zbiorowe wyłącznie w stołówce znajdującej się w udostępnionym obiekcie i nie ma obowiązku zapewnienia suchego prowiantu osobom, które przebywają poza obiektem.

14. Umowa obowiązuje w okresie od .....r. do ..... r.

## **§ 2.**

### **Warunki realizacji przedmiotu Umowy**

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w czasie obowiązywania Umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych, określonych w załącznikach Nr 1 i 2 do Umowy, w odniesieniu do liczby osób określonej w § 1 ust. 2. W przypadku realizacji kilku umów na rzecz Zakładu w jednym obiekcie, Ośrodek zobowiązuje się do stosowania zasad określonych w załączniku Nr 1b.
2. Ośrodek zobowiązuje się do:
  - 1) prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
    - a) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załącznikach Nr 1 i 2 do Umowy;
    - b) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
    - c) sporządzenie na podstawie zapisów w historii choroby, informacji o przebytej rehabilitacji w postaci załącznika Nr 9;
  - 2) dostarczenia Zakładowi, najpóźniej do dnia rozpoczęcia pierwszego turnusu rehabilitacyjnego, aktualnej (tj. nie starszej niż 5 lat) opinii sanitarnej w przedmiocie spełniania warunków higieniczno-zdrowotnych dla prowadzenia działalności leczniczej, wydawanej przez właściwą powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną, potwierdzającej, że w obiekcie, w którym planuje się prowadzenie działalności leczniczej (tj. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS), zostały spełnione warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełnia on wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
3. Zmiany obiektu, o którym mowa w § 1 ust. 2, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu.

4. Postanowienia niniejszej Umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc lub dat turnusów można zmienić aneksem do umowy w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu. Jeżeli Ośrodek wystąpi do Zakładu o zmniejszenie liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka, a Zakład stwierdzi, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać Umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.
5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia, w czasie obowiązywania Umowy, polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
6. W przypadku wygaśnięcia, w trakcie obowiązywania Umowy, polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania – w terminie 14 dni od dnia wygaśnięcia – nowych, poświadczonych za zgodność z oryginałem, kopii dokumentów potwierdzających nieprzerwany okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej w okresie obowiązywania umowy.
7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania podczas kontroli, o której mowa w § 9, oraz na każde żądanie Zakładu, poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu hotelowego, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i bazy żywieniowej.
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 7 do Umowy.
10. Ośrodek ma prawo dokonywać zmian w składzie kadry lekarskiej i specjalistycznej. Osoby dodane do wykazu muszą spełnić warunki określone w Wymaganiach lokalowych, kadrowych i

medycznych – szczegółowych, które stanowią załącznik Nr 2 do Umowy. Zakład ma prawo przeprowadzić weryfikację składu kadry. W przypadku zmiany składu kadry Ośrodek zobowiązany jest do niezwłocznego przesłania do Zakładu zaktualizowanego załącznika Nr 7.

11. Zakład nie dopuszcza wykazywania tego samego fizjoterapeuty/masażysty w innych umowach zawartych z Zakładem albo w umowie i ofercie/ofertach składanych do Zakładu. Niedopuszczalne jest także wykazywanie tego samego fizjoterapeuty jednocześnie jako fizjoterapeuty i masażyście w ofertach albo innych umowach zawartych z Zakładem.
12. W przypadku, gdy Ośrodek wykaże w załączniku Nr 7 do Umowy większą liczbę fizjoterapeutów/masażystów niż wynika to z wymagań, Zakład uznaje, że Ośrodek zamierza realizować przy pomocy wykazanych osób program rehabilitacji leczniczej dla tej konkretnej umowy. W takim przypadku wymienieni fizjoterapeuci/masażyści nie mogą być wykazywani w innych umowach zawartych z Zakładem albo ofercie/ofertach składanych do Zakładu.
13. 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) wykaz pokoi (numery pokoi) przeznaczonych dla osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą;
  - 3) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez Zakład, która stanowi załącznik Nr 11 do Umowy;
  - 4) informacja o zapewnieniu przez Ośrodek całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu (od śniadania) do ostatniego dnia pobytu (do kolacji);
  - 5) jadłospisy dzienne z uwzględnieniem diet, z określeniem gramatury, wartości kalorycznej i odżywczej posiłków, składu potraw oraz wykazem alergenów, zatwierdzone przez dyplomowanego dietetyka.
14. 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.

15. Gabinety fizykoterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do Umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.
16. Sale kinezyterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do Umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.
17. Gabinet lekarski musi być wyposażony między innymi w biurko, krzesła i kozetkę do badania.
18. Na każde żądanie Zakładu Ośrodek zobowiązany jest przygotować dane/zestawienia/raporty, związane z realizacją usług określonych w Umowie. Zakład może zastrzec termin przesłania przez Ośrodek danych/zestawień/raportów.
19. Na każde żądanie Zakładu Ośrodek zobowiązany jest udzielić – w terminie określonym przez Zakład – odpowiedzi na przesłane przez Zakład zarzuty i uwagi odnoszące się do pobytu osoby skierowanej na turnusie rehabilitacyjnym.
20. Ośrodek zobowiązuje się do przesłania – w terminie 7 dni od dnia rozpoczęcia turnusu, na adres e-mail wskazany w § 14 ust. 10 – wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, zgodnie ze wzorem, który stanowi załącznik Nr 3 do Umowy.
21. Każdorazowo po dokonaniu czasowej (w okresie trwania danego turnusu) zmiany pokoju dla osoby skierowanej przez Zakład na rehabilitację leczniczą (tj. zmiany pokoju na pokój spoza wykazu stanowiącego załącznik Nr 12 do Umowy), Ośrodek zobowiązany jest do przesłania informacji w tym zakresie na adres e-mail wskazany w § 14 ust. 10. W przypadku konieczności zmiany pokoju osoby skierowanej przez Zakład na rehabilitację leczniczą na okres dłuższy niż czas trwania jednego turnusu, Ośrodek zobowiązany jest do przesłania zaktualizowanego załącznika Nr 12 do Umowy, w terminie 3 dni, na adres e-mail wskazany w § 14 ust. 10.
22. W przypadku nieposiadania własnej bazy hotelowej (określonej w pkt. 2.1 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik Nr 2 do Umowy) lub diagnostyczno-rehabilitacyjnej (określonej w pkt. 2.3 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik Nr 2 do Umowy), Ośrodek każdorazowo na żądanie Zakładu- w terminie określonym przez Zakład- udostępni kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem umowy

(dzierżawy lub najmu lub użyczenia) z innym podmiotem, dotyczącej udostępnianego obiektu lub bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej. Umowa dotycząca bazy hotelowej (obiektu) musi zawierać dokładny adres tego obiektu. Do umowy zostanie załączone oświadczenie podmiotu udostępniającego obiekt lub bazę diagnostyczno-rehabilitacyjną, że przedmiot umowy, tj. baza hotelowa lub diagnostyczno-rehabilitacyjna, nie jest objęty licytacją komorniczą (dotyczącą nieruchomości i ruchomości), egzekucją komorniczą lub innym postępowaniem mogącym mieć wpływ na realizację Umowy.

### **§ 3.**

#### **Wynagrodzenie**

1. Wynagrodzenie za wykonane usługi rehabilitacji leczniczej w latach 2022-2024-..... wyniesie nie więcej niż: ..... zł (słownie:.....)  
brutto, w tym:
  - a) w ..... roku nie więcej niż..... zł (słownie: ..... ) brutto,
  - b) w ..... roku nie więcej niż..... zł (słownie: ..... ) brutto,
  - c) w ..... roku nie więcej niż..... zł (słownie: ..... ) brutto,z zastrzeżeniem, że powyższe kwoty nie uwzględniają waloryzacji, o której mowa w ust. 4.
2. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, na dzień rozpoczęcia obowiązywania Umowy wynosi ..... zł (słownie: ..... ) brutto i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej Umową, a w tym:
  - 1) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie .....zł;
  - 2) pozostałe koszty zawierające w szczególności koszty zakwaterowania i wyżywienia w kwocie .....zł.
3. Ośrodkowi przysługuje wynagrodzenie wyłącznie za rzeczywistą realizację przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, tj. kwota wyrażona w złotych polskich, wynikająca z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury oraz załączonego do niej rozliczenia „Rozliczenie do faktury”, który stanowi załącznik Nr 5 do Umowy.
4. Cena pobytu, o której mowa w ust. 2, podlega waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym ogłaszany

przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Monitorze Polskim, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6.

5. Pierwszej waloryzacji ceny pobytu dokonuje się po upływie 14 miesięcy obowiązywania Umowy. Drugiej waloryzacji dokonuje się po upływie kolejnych 12 miesięcy.
6. Cena pobytu po waloryzacji ma zastosowanie do turnusów rozpoczynających się najwcześniej od pierwszego dnia miesiąca, w którym dokonuje się waloryzacji.
7. O wysokości ceny pobytu po waloryzacji, Zakład poinformuje Ośrodek do 20. dnia miesiąca, od którego ona obowiązuje.

#### **§ 4.**

##### **Zwrot kosztów przejazdu**

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania, zgodnie z adresem na „Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS”, do Ośrodka i z powrotem, najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje. W przypadku, gdy adres zamieszkania osoby skierowanej jest inny niż w „Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS”, zwrot kosztów przejazdu następuje zgodnie z aktualnym adresem zarejestrowanym na koncie osoby skierowanej, po jego uprzednim potwierdzeniu przez Zakład.
2. Szczegółowy sposób obliczania kosztów przejazdu został wskazany w „Zasadach dokonywania rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w ramach umów o świadczenie usług rehabilitacyjnych”. Zakład prześle ww. dokument do Ośrodka, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń, wskazanych w § 14 ust. 9, niezwłocznie po podpisaniu Umowy i po każdej ich nowelizacji.
3. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz załączonego do niej „Rozliczenia do noty za zwrot kosztów przejazdu”, którego wzór stanowi załącznik Nr 6 do Umowy.

**§ 5.**  
**Opłata uzdrowiskowa**

1. Ośrodek zobowiązuje się do uiszczenia opłaty uzdrowiskowej za osoby skierowane na rehabilitację, jeżeli wynika to z przepisów prawa miejscowego.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania skanu uchwały rady gminy potwierdzającego wysokość aktualnej stawki opłaty uzdrowiskowej i sposobie jej naliczania na każdy rok obowiązywania umowy, w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od daty rozpoczęcia pierwszego turnusu, na adres e-mail wskazany w § 14 ust. 10.
3. Ośrodek zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania do Zakładu informacji o dokonanych zmianach dotyczących opłaty uzdrowiskowej.
4. Koszty opłaty uzdrowiskowej, o której mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz załączonego do niej „Rozliczenia do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowiskowej”, którego wzór stanowi załącznik Nr 8 do Umowy oraz potwierdzenia dokonania przelewu tej opłaty przez Ośrodek na rzecz gminy.

**§ 6.**  
**Rozliczenia i płatności**

1. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu kompletu dokumentów rozliczeniowych, zgodnych ze wzorami załączników do Umowy, w osobnej kopercie za każdy turnus, najpóźniej w terminie 10 dni od dnia zakończenia turnusu na adres:

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

2. Dokumentami rozliczeniowymi, o których mowa w ust. 1, są:
  - 1) faktura, o której mowa w § 3 ust. 3;
  - 2) „Rozliczenie do faktury”, o którym mowa w § 3 ust. 3;
  - 3) nota księgowa za zwrot kosztów przejazdu, o której mowa w § 4 ust. 3;

- 4) „Rozliczenie do noty za zwrot kosztów przejazdu”, o którym mowa w § 4 ust. 3;
  - 5) nota księgowa za zwrot opłaty uzdrowskiej, o której mowa w § 5 ust. 4;
  - 6) „Rozliczenie do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowskiej”, o którym mowa w § 5 ust. 4;
  - 7) potwierdzenie dokonania przelewu opłaty uzdrowskiej przez Ośrodek na rzecz gminy, o którym mowa w § 5 ust. 4;
  - 8) „Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”, które stanowi załącznik Nr 10 do Umowy.
3. W przypadku wystawienia faktury, o której mowa w ust. 2 pkt 1, podstawą do ustalenia faktycznej liczby osobodni jest łączna liczba dni obecności osób skierowanych w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”, które stanowi załącznik Nr 10 do Umowy.
  4. W przypadku przedłużenia czasu rehabilitacji osobie skierowanej, całość dokumentacji rozliczeniowej powinna być przesłana po zakończeniu przedłużonego programu rehabilitacji, a koszty za tę osobę powinny być uwzględnione na fakturze i notach księgowych wystawionych po zakończeniu całego programu rehabilitacji.
  5. Zakład dokonuje rozliczenia kosztów oraz płatności za dany turnus, na podstawie otrzymanego kompletu dokumentów rozliczeniowych, o którym mowa w ust. 2.
  6. Zakład dokonuje płatności na rachunek bankowy Ośrodka Nr ....., prowadzony przez ....., w terminie do 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. 2, termin określony w ust. 6 ulegnie przesunięciu i będzie liczony od daty dostarczenia przez Ośrodek do Zakładu ostatniego, prawidłowo skorygowanego dokumentu.
  8. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu, na adres o którym mowa w ust. 1, skorygowanych dokumentów rozliczeniowych, najpóźniej w terminie 10 dni od dnia wysłania informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń, wskazanych w § 14 ust. 9.

## **§ 7.**

### **Ochrona danych osobowych**

1. Zakład i Ośrodek zobowiązują się do przetwarzania danych osobowych w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami 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), dalej „RODO”.
2. Ośrodek udostępni Zakładowi dane osobowe personelu (tj. imię i nazwisko, numer telefonu służbowego, adres poczty elektronicznej) oraz kadry, tj. osób realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, (tj. imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i wymagane certyfikaty) w celu i zakresie niezbędnym do realizacji Umowy.
3. Ośrodek jest zobowiązany do przekazania członkom swojego personelu treści klauzuli informacyjnej związanej z przetwarzaniem danych osobowych przez Zakład, stanowiącej załącznik Nr 14 do Umowy.
4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać Zakładowi oświadczenie potwierdzające przekazanie członkom swojego personelu klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik Nr 14 do Umowy.
5. Ośrodek jest zobowiązany do przekazania osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (tj. kadrze) treści klauzuli informacyjnej związanej z przetwarzaniem danych osobowych przez Zakład, stanowiącej załącznik Nr 13 do Umowy.
6. Ośrodek jest zobowiązany przekazać Zakładowi oświadczenie potwierdzające przekazanie osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik Nr 13 do Umowy.
7. Zakład ma prawo żądać przekazania dowodów potwierdzających wykonanie zobowiązania określonego w ust. 3 i 5, tj. przekazania członkom personelu Ośrodka oraz osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS klauzul informacyjnych związanych z przetwarzaniem przez Zakład danych osobowych, stanowiących odpowiednio załączniki Nr 13 i 14 do Umowy.

## **§ 8.**

### **Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji**

1. Ośrodek zobowiązuje się do prawidłowego sporządzania „Informacji o przebytej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS” w postaci załącznika Nr 9 do Umowy oraz „Kwestionariusza oceniającego niepełnosprawność głosową (VHI)” w postaci załącznika Nr 9a do Umowy, w dwóch oryginalnych egzemplarzach.
2. Prawidłowe sporządzenie przez Ośrodek załączników wymienionych w ust. 1 obejmuje w szczególności:
  - 1) wypełnienie wszystkich wymaganych pól;
  - 2) odpowiednią, tj. zgodną z wymaganiami, liczbę kinezyterapii dla danego pacjenta. Mniejsza liczba kinezyterapii każdorazowo wymaga uzasadnienia;
  - 3) zindywidualizowaną treść załącznika Nr 9, uwzględniającą „Ocenę kliniczną w dniu przyjęcia” pacjenta i zawierającą niezbędne informacje dotyczące przebiegu rehabilitacji, jej cel, postępy i wyniki. Niedopuszczalne jest kopiowanie takiej samej treści załącznika dla wszystkich pacjentów;
  - 4) uwzględnienie w „Wynikach rehabilitacji leczniczej” opinii końcowej o stanie funkcjonalnym osoby po ukończeniu rehabilitacji. Opinia końcowa powinna być sporządzona w sposób wyczerpujący i zawierać wymagane przez Zakład treści;
  - 5) zindywidualizowany opis zaleceń dla każdego pacjenta.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
  - 1) osobie skierowanej przez Zakład – w ostatnim dniu jej pobytu w Ośrodku;
  - 2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia turnusu – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

**Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji**

**ZUS Oddział w .....**

ul. ....

..-... ..

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”.

## **§ 9.**

### **Kontrola realizacji Umowy**

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. Zakład może prowadzić kontrolę w obiekcie w formie stacjonarnej lub w formie zdalnej.
2. Kontrolą, o której mowa w ust. 1, objęte będzie w szczególności prawidłowe:
  - 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, ust. 2 pkt 2, ust. 11, ust. 14–17;
  - 4) sporządzanie przez Ośrodek informacji wymienionej w § 8 ust. 1.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia na każde żądanie upoważnionych do kontroli przedstawicieli Zakładu, informacji i dokumentów niezbędnych do realizacji kontroli w wyznaczonym terminie.
4. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna osób skierowanych, muszą być przygotowane:
  - 1) w postaci papierowej w przypadku kontroli stacjonarnej,
  - 2) w postaci elektronicznej w przypadku kontroli zdalnej.
5. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia na terenie całego obiektu, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, pokojach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.
6. Po zakończonej kontroli Zakład przekazuje Ośrodkowi protokół z kontroli, a w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości także zalecenia pokontrolne.
7. Ośrodek zobowiązany jest poinformować Zakład o realizacji zaleceń, w terminie wskazanym przez Zakład.

8. Niezależnie od kontroli, o której mowa w ust. 1–7, Zakład zastrzega sobie prawo wezwania Ośrodka do przesłania nieodpłatnie, w określonym terminie, 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.

#### **§ 10.**

##### **Odpowiedzialność Ośrodka**

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:

- 1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
- 2) szkody powstałe w związku z udzielaniem usług będących przedmiotem Umowy.

#### **§ 11.**

##### **Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami**

1. Zadania publiczne powinny być zaprojektowane i realizowane przez Ośrodki w taki sposób, aby nie wykluczały z uczestnictwa w nich osób ze szczególnymi potrzebami. Zapewnienie dostępności oznacza obowiązek osiągnięcia stanu faktycznego, w którym osoba ze szczególnymi potrzebami jako odbiorca zadania publicznego, czyli w tym przypadku rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, może w nim uczestniczyć na zasadzie równości z innymi osobami. Ośrodek ma obowiązek zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami skierowanym przez Zakład na rehabilitację leczniczą, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), minimalne wymagania, które obejmują:
  - 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 (należy przez to rozumieć pomieszczenia przeznaczone dla urządzeń służących do funkcjonowania i obsługi technicznej budynku),
- 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 2021 r. poz. 573, 1981);
  - 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 (Dz. U. 2019 r., poz. 848);
- 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 2017 r. poz. 1824, z 2022 r. poz. 583, 830), 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 danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
  - d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.
2. W indywidualnym przypadku, jeżeli Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 oraz pkt 3, wówczas Ośrodek jest zobowiązany zapewnić takim osobom dostęp alternatywny.
3. Dostęp alternatywny, o którym mowa w ust. 2, polega w szczególności na:
- 1) zapewnieniu osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby lub

- 2) zapewnieniu wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, lub
  - 3) wprowadzeniu takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnym zakresie dla tych osób.
4. Ośrodek jest zobowiązany do zapewnienia osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. d, zakwaterowania z psem asystującym, bez dodatkowej opłaty. Koszty opieki, w tym wyżywienia i opieki weterynaryjnej, pokrywa opiekun psa.
  5. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, zastosowanie mają przepisy art. 7 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 r., poz. 848).
  6. Na potwierdzenie spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, Ośrodek składa oświadczenie o dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami albo przedkłada kopię certyfikatu dostępności, wydanego na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakie muszą spełniać podmioty dokonujące certyfikacji dostępności, wzoru wniosku o wydanie certyfikatu dostępności oraz wzoru certyfikatu dostępności (Dz. U. z 2021 r., poz. 412), poświadczoną za zgodność z oryginałem.
  7. Wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, stanowi załącznik Nr 17 do Umowy.
  8. Osoba ze szczególnymi potrzebami lub jej przedstawiciel ustawowy, po wykazaniu interesu faktycznego, ma prawo wystąpić do Zakładu z wnioskiem o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej, zwanym dalej „wnioskiem”.
  9. Wniosek, o którym mowa w ust. 8, Zakład przekazuje niezwłocznie Ośrodkowi, na adres e-mail, o którym mowa w § 14 ust. 9.
  10. Zapewnienie przez Ośrodek dostępności, w zakresie określonym we wniosku, następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

11. Jeżeli zapewnienie dostępności, w zakresie określonym we wniosku, nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 10, Ośrodek powiadamia Zakład, w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku, o przyczynach opóźnienia i wskazuje nowy termin zapewnienia dostępności nie dłuższy niż 2 miesiące od dnia złożenia wniosku.

## **§ 12.**

### **Realizacja Umowy w sytuacjach nadzwyczajnych**

1. W okresie obowiązywania stanu nadzwyczajnego, stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii Ośrodek może przyjąć wyłącznie osoby skierowane przez Zakład, które spełniają warunki do udziału w turnusie rehabilitacyjnym określone w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.
2. W okresach, o których mowa w ust. 1, Zakład ma prawo przekazać Ośrodkowi wytyczne dotyczące funkcjonowania Ośrodka w tych okresach, które Ośrodek zobowiązuje się spełniać.
3. W przypadku braku możliwości spełnienia wymagań określonych w wytycznych, o których mowa w ust. 2, każda ze Stron ma prawo rozwiązać Umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.

## **§ 13.**

### **Rozwiązanie Umowy i kary umowne**

1. Umowa 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. Przez sytuacje niedotrzymania warunków Umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, Strony rozumieją:
  - 1) naruszenie przez Ośrodek warunków umowy, o których mowa w § 2 ust. 1–5, ust. 7–8, ust. 11–12, ust. 14, ust. 22 i § 12 ust. 1;
  - 2) uniemożliwienie przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 9 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 5 lub ust. 7, w terminie określonym przez Zakład;
  - 3) niewykonywanie Umowy.

3. Zakład każdorazowo, w przypadku stwierdzenia niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 4–5, ust. 7, ust. 11–12, § 9 ust. 1 i 8 oraz w § 11 ust. 1, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, nalicza karę umowną w wysokości 1,0% kwoty wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary.
4. Zakład każdorazowo w przypadku stwierdzenia niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka nakłada karę umowną do wysokości:
- 1) 0,1% - dla wagi 1;
  - 2) 0,5% - dla wagi 2;
  - 3) 1,0% - dla wagi 3;
- kwoty wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary. Szczegółowe przypisanie wag do poszczególnych wymagań, zawarte jest w załącznikach Nr 1 i 2.
5. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,3% kwoty wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, w przypadku naruszenia obowiązku określonego w § 2 ust. 2 pkt 2.
6. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,1% kwoty wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, każdorazowo w przypadku:
- 1) naruszenia obowiązku określonego w § 2 ust. 3;
  - 2) każdorazowo w przypadku niezrealizowania obowiązku, o którym mowa w § 9 ust. 4 i ust. 7;
  - 3) wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 8, po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie;
  - 4) nieuprawnionej modyfikacji przez Ośrodek któregokolwiek załącznika, stanowiącego integralną część niniejszej Umowy;
  - 5) niedostarczenia na żądanie Zakładu dokumentacji medycznej, w przypadku wniosku o przedłużenie czasu rehabilitacji leczniczej, o których mowa w § 1 ust. 9;

- 6) naruszenia obowiązku określonego w art. 7 ustawy, o której mowa w § 11 ust. 1 pkt 3.
7. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,01% kwoty wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, o którym mowa w § 1 ust. 1, każdorazowo w przypadku niezrealizowania obowiązku, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 1 i ust. 18–19, § 7 ust. 4 i ust. 6, § 8 ust. 1–3 za każdy nieprawidłowo wypełniony załącznik Nr 9 oraz niedotrzymania terminów, o których mowa w § 2 ust. 6 i ust. 20 i ust. 22 oraz § 6 ust. 1 i ust. 8, za każdy dzień opóźnienia.
8. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych, wraz z ustawowymi odsetkami, z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.
9. 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.
10. Rozwiązanie Umowy, o którym mowa w ust. 1–2 i ust. 9, dla swej ważności wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
11. Rozwiązanie Umowy w trybie, o którym mowa ust. 1 pkt 2 i ust. 9, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
12. Zakład może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

#### **§ 14.**

#### **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 (Dz. U. 2019 poz. 277);
  - 2) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, 2320, z 2021 r. poz. 1509, 2459).
2. Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej Umowy będą rozpatrywane wg prawa polskiego przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.
  3. Zmiany niniejszej Umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.
  4. Wszelkie zmiany Umowy wymagają zawarcia aneksu, za wyjątkiem zmiany:
    - 1) harmonogramu turnusów, który stanowi załącznik Nr 21,
    - 2) wykazu pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, który stanowi załącznik Nr 12,
    - 3) dodatkowego wykazu pokoi, który stanowi załącznik Nr 12a,
    - 4) wykazu kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, który stanowi załącznik Nr 7,
    - 5) wzorów załączników, o której mowa w ust. 6 i ust. 7.
  5. Zmiana danych dotyczących adresu Ośrodka/obiektu lub reprezentacji oraz zmiana adresu e-mail Zakładu/Ośrodka/obiektu, a także zmiana osób do kontaktu z Zakładem, ich numeru telefonu i adresu e-mail nie wymaga zawarcia aneksu do Umowy. Wymaga natomiast powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej lub elektronicznej.
  6. Załączniki do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część. Wzory załączników mogą być jednostronnie modyfikowane wyłącznie przez Zakład.
  7. Zakład zastrzega sobie prawo zmiany treści załącznika Nr 11. Ośrodek jest zobowiązany do każdorazowego wywieszenia aktualnej treści załącznika Nr 11 na terenie Ośrodka w miejscu ogólnodostępnym dla osób skierowanych przez Zakład.
  8. Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani też przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej Umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu, pod rygorem nieważności.

9. Osoba/ami upoważnioną/yymi do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka jest/są:
- 1) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– .....– w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu umowy, tj. rehabilitacją leczniczą osób skierowanych przez Zakład;
  - 2) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– .....– w sprawach związanych z dokumentami rozliczeniowymi.
10. Osoba/ami upoważnioną/yymi do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu jest/są:
- 1) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– .....– w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu umowy, tj. rehabilitacją leczniczą osób skierowanych przez Zakład;
  - 2) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– .....– w sprawach związanych z dokumentami rozliczeniowymi.
11. Dokumentacja zawierająca dane osobowe przesyłana pomiędzy Zakładem i Ośrodkiem musi być zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych.
12. 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 – ogólne.                                                                                                                  |
| Załącznik Nr 1a | Zalecenia dla ośrodków realizujących rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w systemie stacjonarnym w związku z zakażeniami SARS-CoV-2 w Polsce. |
| Załącznik Nr 1b | Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie.                                                                                                   |
| Załącznik Nr 2  | Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne – szczegółowe.                                                                                                             |
| Załącznik Nr 3  | Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą.                                                                                                               |
| Załącznik Nr 4  | Wniosek o skrócenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.                                                                                                |
| Załącznik Nr 4a | Wniosek o przedłużenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.                                                                                             |
| Załącznik Nr 5  | Rozliczenie do faktury                                                                                                                                            |
| Załącznik Nr 6  | Rozliczenia do noty za zwrot kosztów przejazdu.                                                                                                                   |
| Załącznik Nr 7  | Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.                                                                        |
| Załącznik Nr 8  | Rozliczenia do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowskiej.                                                                                                          |
| Załącznik Nr 9  | Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.                                                                                  |
| Załącznik Nr 9a | Kwestionariusz oceniający niepełnosprawność głosową (VHI).                                                                                                        |
| Załącznik Nr 10 | Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.                             |
| Załącznik Nr 11 | Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS.                                                                                                       |

- Załącznik Nr 12 Wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, stanowiący (załącznik Nr 1 do formularza oferty)
- Załącznik Nr 12a Dodatkowy wykaz pokoi stanowiący załącznik 1a do formularza oferty.
- Załącznik Nr 13 Wzór klauzuli informacyjnej – dla kadry.
- Załącznik Nr 14 Wzór klauzuli informacyjnej – dla personelu.
- Załącznik Nr 15 Kopia pełnomocnictwa Dyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji / Wicedyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.
- Załącznik Nr 16 Wykaz osób upoważnionych do podpisywania faktur, not księgowych oraz innych dokumentów  
rozliczeniowych do umowy o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik Nr 17 Oświadczenie o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, stanowiący załącznik Nr 4 do formularza oferty.
- Załącznik Nr 18 Odpis z Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
- Załącznik Nr 19 Skan wyciągu z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS)
- Załącznik Nr 20 Skan z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)
- Załącznik Nr 21 Harmonogram turnusów

.....  
data i podpis

.....  
data i podpis

.....  
data i podpis

| PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ<br>w schorzeniach NARZĄDU GŁOSU<br>w systemie stacjonarnym                                                                                                       |                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Waga naruszenia |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Lp.                                                                                                                                                                                               | 1. WYMAGANIA OGÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
| definicja obiektu rehabilitacyjnego: "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwane dalej „osobami skierowanymi” |                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
| 1.1.                                                                                                                                                                                              | lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego     | 1.1.1. | usytuowanie obiektu w miejscowości <b>uzdrowskiej lub nadmorskiej</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1               |
|                                                                                                                                                                                                   |                                           | 1.1.2. | do obiektu rehabilitacyjnego jest możliwy dojazd ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu ośrodek zapewnia transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem komunikacyjnym z uwzględnieniem rozkładu jazdy obowiązującego dla tego przystanku.                                                                                                                    | 1               |
| 1.2.                                                                                                                                                                                              | baza hotelowa                             | 1.2.1. | ośrodek zapewnia osobom skierowanym zakwaterowanie w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie rehabilitacyjnym lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1               |
|                                                                                                                                                                                                   |                                           | 1.2.2. | dysponowanie w obiekcie rehabilitacyjnym windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pomieszczenia hotelowe oraz stołówka – nie dotyczy ośrodków rehabilitacyjnych, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze                                                                                                                                                                                               | 1               |
|                                                                                                                                                                                                   |                                           | 1.2.3. | ośrodek zapewnia osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich:<br>a) dostęp do obiektu rehabilitacyjnego i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane, bez konieczności opuszczania obiektu rehabilitacyjnego,<br>b) co najmniej 1 pokój dostosowany do ich potrzeb,<br>c) bezpłatne miejsce parkingowe dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim | 1               |
|                                                                                                                                                                                                   |                                           | 1.2.4. | ośrodek zapewnia właściwe, wynikające z odpowiednich przepisów warunki sanitarne w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3               |

|      |                                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|------|-----------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|      |                                                           | 1.2.5. | ośrodek zapewnia:<br>a) wyposażenie każdego pokoju w czajnik elektryczny,<br>b) na jedną osobę 2 ręczniki, w tym jeden kąpielowy o wymiarach minimum 50x100 cm, oraz ich wymianę, co najmniej raz na tydzień,<br>c) wymianę bielizny pościelowej, co najmniej raz w trakcie turnusu,<br>d) prześcieradła do zabiegów fizykalnych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 |
|      |                                                           | 1.2.6. | ośrodek dysponuje w udostępnionym obiekcie stołówką                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 |
| 1.3. | standardy żywienia                                        | 1.3.1. | ośrodek zapewnia całodienne wyżywienie od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodzienne wyżywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 |
| 1.4. | kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna           | 1.4.1. | a) ośrodek zapewnia bezpośredni, codzienny dostęp do co najmniej jednego z lekarzy prowadzących leczenie wskazanych w wykazie kadry stanowiącej załącznik do umowy (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy), przy czym lekarz ten jest zobowiązany do udzielania porad wszystkim zgłaszającym się w danym dniu osobom przebywającym w ośrodku (teleporady i e-porady nie są dopuszczalne)<br>b) ośrodek zapewnia w każdym obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane całodobową, stacjonarną opieką sprawowaną przez lekarza lub dyplomowanego ratownika medycznego uprawnionego do wykonywania czynności zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia<br>c) ośrodek zatrudnia lekarzy lub ratowników medycznych w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi | 3 |
|      |                                                           | 1.4.2. | ośrodek w każdym obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane zapewnia całodobową, stacjonarną opieką pielęgniarską                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 |
|      |                                                           | 1.4.3. | ośrodek zatrudnia pielęgniarki lub ratowników medycznych w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki pielęgniarskiej nad osobami skierowanymi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3 |
| 1.5. | wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu | 1.5.1. | każda osoba skierowana rozpoczyna zlecony program rehabilitacji w drugim dniu pobytu – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3 |
|      |                                                           | 1.5.2. | ośrodek prowadzi dokumentację z przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem:<br>a) wstępnego badania lekarskiego wykonanego w pierwszej dobie po przyjeździe,<br>b) programu rehabilitacji zleconego w pierwszej dobie po                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        | <p>przyjeździe,</p> <p>c) wyznaczenia celu rehabilitacji,</p> <p>d) kontrolnego badania lekarskiego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu,</p> <p>e) końcowego badania lekarskiego wykonanego nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy,</p> <p>f) epikryzy z oceną stanu funkcjonalnego</p>                                                                                      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.3. | w karcie zabiegowej dokumentowane jest uczestnictwo osoby skierowanej we wszystkich zabiegach fizjoterapeutycznych, oddziaływaniach psychologicznych i edukacji zdrowotnej przez osoby wykonujące ww. procedury                                                                                                                                                                                                                         | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.4. | <p>karta zabiegowa powinna zawierać dane dotyczące:</p> <p>a) rodzaju zabiegu,</p> <p>b) okolicy zabiegu,</p> <p>c) daty zabiegu i pozostałych oddziaływań,</p> <p>d) godziny rozpoczęcia zabiegu i pozostałych oddziaływań</p>                                                                                                                                                                                                         | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.5. | <p>ośrodek jest zobowiązany do:</p> <p>a) zapewnienia leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych,</p> <p>b) wykonania w niezbędnym zakresie wynikającym ze wskazań medycznych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych</p>                                                                                                                                                        | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.6. | <p>ośrodek zapewnia edukację zdrowotną z uwzględnieniem tematów:</p> <p>a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,</p> <p>b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia,</p> <p>c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,</p> <p>d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika,</p> <p>e) zasady prawidłowego żywienia,</p> <p>f) profilaktyka uzależnień</p> | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.7. | ośrodek realizuje indywidualny program rehabilitacji leczniczej ukierunkowany na leczenie choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu, przy czym od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem                                                                              | 3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.5.8. | program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8 <sup>30</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 |
| W przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących bazy hotelowej, kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla |  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |

świadczeniodawców” proporcjonalnie do zwiększonej liczby osób skierowanych. Zmiana wymagań nie dotyczy zwiększenia do 20% przedmiotu umowy w zakresie liczby osób kierowanych w ramach jednego turnusu z wyjątkiem zapewnienia dla większej liczby osób skierowanych pokoi nie większych niż dwuosobowe.

**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

## **Zalecenia dla ośrodków realizujących rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w systemie stacjonarnym w związku z zakażeniami SARS-CoV-2 w Polsce.**

Celem wdrażanych procedur jest:

1. Zwiększenie bezpieczeństwa ubezpieczonych i pracowników.
2. Minimalizowanie ryzyka zakażenia.
3. Kompleksowe działanie dostosowane do etapu zaawansowania stanu epidemicznego.

### **Zapewnienie bezpieczeństwa ubezpieczonym i pracownikom:**

#### ***Przy przyjęciu do ośrodka:***

1. Należy poinformować ubezpieczonego (odpowiednio wcześniej), że do ośrodka może zgłosić się wyłącznie osoba zdrowa, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną. Dotyczy to także pracowników ośrodka.
2. Należy dopilnować, aby każda osoba miała zasłonięte usta i nos oraz zdezynfekowała ręce przy każdorazowym wejściu do obiektu.
3. Należy poinformować pacjenta (odpowiednio wcześniej) o konieczności zaopatrzenia się w osłony ust i nosa (maseczki), zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami rozporządzenia Rady Ministrów<sup>1</sup>.
4. Przy blacie recepcyjnym może przebywać wyłącznie jedna osoba ze skierowaniem na rehabilitację, bez osób towarzyszących (chyba, że niezbędna jest pomoc drugiej osoby).
5. Należy zadbać, aby osoby w hallu wejściowym nie grupowały się. Zaleca się zachowanie dystansu.
6. W pomieszczeniu, w którym odbywa się kwalifikacja i przyjmowani są ubezpieczeni nie powinny przebywać osoby postronne, inne niż niezbędne do przeprowadzenia tej czynności.
7. Do pomieszczenia, w którym odbywa się kwalifikacja i przyjmowani są ubezpieczeni nie powinno się wносить zbędnych rzeczy.
8. Zaleca się, aby windą poruszała się jednorazowo taka liczba osób, która zapewni zachowanie odpowiedniego odstępu między nimi - osoby powinny mieć osłony na usta i nos, a także nie stać do siebie twarzą w twarz.
9. Zasada zakrywania ust i nosa powinna obowiązywać na terenie całego obiektu. Jeśli z jakiegoś powodu osłona na nos i usta musi zostać zdjęta (w czasie niektórych zabiegów, w jadalniach) zaleca się zachowanie dystansu.
10. Każdy powinien mieć możliwość zapoznania się z podstawowymi informacjami dotyczącymi możliwych sposobów zapobiegania zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. Powinno się udostępnić także numery telefonów do stacji sanitarno-epidemiologicznej oraz najbliższego oddziału zakaźnego. Materiały można pobrać ze strony GIS:

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 679, 928, 1025).

- <https://www.gov.pl/web/gis/jak-skutecznie-dezynfekowac-rece>
- <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-glownego-inspektora-sanitarnego-dla-seniorow>
- <https://www.gov.pl/web/gis/koronawirus--jak-prawidlowo-nalozyc-i-zdjac-rekawice>
- <https://www.gov.pl/web/gis/jak-prawidlowo-nalozyc-i-zdjac-maseczke>
- <https://www.gov.pl/web/gis/w-zwiazku-z-aktualna-sytuacja-epidemiologiczna-zwiazana-z-covid-19-glowny-inspektor-sanitarny-przypomina>

11. Podczas sprzątania i dezynfekcji przestrzeni wspólnych należy zwrócić szczególną uwagę na toalety, przedmioty i powierzchnie często dotykane takie jak: poręcze, uchwyty, przyciski, blaty, klamki.
12. Należy poinformować ubezpieczonych o konieczności unikania dużych skupisk ludzkich podczas przebywania poza terenem ośrodka.

### ***Podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym:***

#### **A. Zakwaterowanie**

1. Zakwaterowanie uczestników w obiekcie powinno odbywać się na zasadzie wymiany turnusu, eliminując do minimum kontakt uczestników pomiędzy zmieniającymi się turnusami.
2. Pomędzy turnusami obiekt powinien być poddany dodatkowemu sprzątaniu, myciu i dezynfekcji pokoi, łazienek, pokoi zabiegowych, ze szczególnym uwzględnieniem powierzchni dotykowych – poręczy, klamek, blatów, włączników itp.
3. Podmiot zapewnia wymaganą przez Zakład liczbę pokoi dwuosobowych. Zaleca się, aby odległość między łózkami była jak największa – na ile pozwala na to powierzchnia pokoju.
4. Zaleca się, aby osoby z dużym obciążeniem w wywiadzie (wskazującym na obniżenie odporności) były zakwaterowane w pokoju jednoosobowym z pełnym węzłem sanitarnym.
5. Podmiot zapewnia środki higieniczne (w szczególności mydło, papierowe ręczniki, środki do dezynfekcji rąk) w ilości wystarczającej dla personelu oraz ubezpieczonych przebywających w ośrodku.
6. Należy zaopatrzyć pracowników ośrodka w indywidualne środki ochrony osobistej – jednorazowe rękawiczki i maseczki.
7. Należy zapewnić stałą, całodobową obecność lekarza i pielęgniarki.
8. Należy przygotować regulamin przestrzegania zasad bezpieczeństwa uwzględniający ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących przepisów prawa<sup>2</sup>.
9. Należy promować regularne i dokładne mycie rąk przez personel i pacjentów, wodą z mydłem oraz dezynfekowanie rąk środkiem do dezynfekcji.
10. Należy upewnić się, że w miejscach wspólnych personel i ubezpieczeni mają zapewniony dostęp do miejsc, w których mogą myć ręce mydłem i wodą.
11. Należy umieścić w widocznym miejscu dozowniki z płynem odkażającym przy wejściach do budynku oraz do pomieszczeń wspólnie użytkowanych.
12. Należy zapewnić regularne napełnianie dozowników.
13. Zaleca się wywiesić informacje (plakaty) promujące mycie i dezynfekowanie rąk.
14. Zaleca się zachowanie dystansu społecznego.

<sup>2</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 679, 928, 1025).

15. Podczas sprzątania i dezynfekcji pokoi i łazienek należy zwrócić szczególną uwagę na przedmioty i powierzchnie często dotykane takie jak: poręcze, uchwyty, przyciski, blaty, klamki.

### ***B. Zajęcia fizjoterapii***

1. Podczas oczekiwania pacjentów na wejście do gabinetu/na salę zaleca się zachowanie dystansu oraz osłonięcie ust i nosa.
2. Do gabinetu/na salę mogą wejść wyłącznie osoby z osłoną na usta i nos (maseczka jednorazowa lub wielokrotnego użytku). Osoby, które ze względów zdrowotnych nie mogą zakrywać ust i nosa maseczką powinny zachować dystans.
3. Przy wejściu na salę (względnie na sali), pacjenci powinni zdezynfekować ręce. Pacjenci powinni założyć rękawiczki ochronne w przypadku stykania się ich rąk z przyrządami do ćwiczeń, których nie można zdezynfekować. Również przy wyjściu należy umożliwić dezynfekcję rąk.
4. Preparat do dezynfekcji i rękawiczki powinien zapewnić podmiot leczniczy.
5. W trakcie zabiegów obowiązuje pacjenta zakaz używania telefonów komórkowych.
6. Personel realizujący zabiegi rehabilitacyjne powinien stosować rękawiczki jednorazowe (o ile nie utrudni to wykonywania procedur terapeutycznych) oraz maseczki medyczne. Po każdym pacjencie należy zmienić rękawiczki oraz zdezynfekować ręce przed założeniem nowej pary.
7. W miarę możliwości, powinna obowiązywać zasada, że jeden pracownik realizuje zabiegi z danym pacjentem przez cały cykl zabiegowy w danym dniu.
8. Ćwiczenia indywidualne powinny być wykonywane w miarę możliwości w osobnych pomieszczeniach lub na sali do kinezyterapii z zastosowaniem ekranów ścianek lub parawanów oddzielających poszczególne stanowiska.
9. Ćwiczenia grupowe na sali gimnastycznej lub sali do kinezyterapii grupowej powinny być prowadzone, w miarę możliwości, z zachowaniem dystansu.
10. Podczas zajęć na basenie należy stosować, tam gdzie jest to możliwe, zasady zachowania dystansu.
11. Preferowana jest hydroterapia indywidualna z wykorzystaniem wirówek do kończyn dolnych i górnych oraz wanien z końcówką do masażu podwodnego.
12. Dezynfekcja urządzeń i aparatów do fizykoterapii oraz kinezyterapii, a także leżanek, stołów zabiegowych i materacy gimnastycznych powinna się odbywać po każdym pacjencie.
13. Od zakończenia dezynfekcji musi minąć rekomendowany przez producenta preparatu dezynfekcyjnego czas, zanim następny pacjent zostanie obsłużony na tym samym stanowisku. Rekomenduje się wietrzenie pomieszczenia przed przyjęciem następnego pacjenta.
14. Konieczne jest stosowanie jednorazowych podkładów lub prześcieradeł.

### ***C. Zasady bezpieczeństwa związane ze spożywaniem posiłków***

1. Pierwszego dnia, podczas kwalifikacji osób do odpowiedniej diety i przydzielania stolika należy zadbać, aby ubezpieczeni nie grupowali się przed stołówką. Zaleca się zachowanie bezpiecznego dystansu przy oczekiwaniu na wejście do sali.
2. Organizacja żywienia powinna być prowadzona zgodnie z przepisami prawa żywnościowego oraz wszystkimi procedurami opracowanymi dla danego obiektu, aby produkowana żywność była bezpieczna dla zdrowia i życia człowieka.

3. Żywnienie zbiorowe powinno być prowadzone wg rygorystycznie przestrzeganych wymagań higienicznych, w tym przede wszystkim systemu HACCP i dobrych praktyk higienicznych GHP. Osoby chore nie mogą pracować przy produkcji i obróbce żywności.
4. Zaleca się zwracanie uwagi na:
  - a. utrzymywanie dystansu między osobami stojącymi w kolejce;
  - b. dezynfekcję rąk przez ubezpieczonych przy wejściu na teren stołówki;
  - c. udostępnienie dozowników z płynem do dezynfekcji rąk dla pacjentów w obszarze sali jadalnej oraz przy wyjściu z toalet.
5. Wymagana jest każdorazowa dezynfekcja stolika po zakończeniu konsumpcji. Po zakończonej dezynfekcji stolik powinien zostać oznaczony napisem: „zdezynfekowano”.
6. Należy dezynfekować powierzchnie wspólne, z którymi stykają się pensjonariusze (z wyłączeniem podłogi) przed i po posiłku. Rekomenduje się zapewnienie, w miarę możliwości, częstego wietrzenia pomieszczeń restauracyjnych.

#### ***D. Zasady bezpieczeństwa związane z pomieszczeniami (np. świetlica, kawiarnia)***

1. Podczas przebywania w świetlicy lub kawiarni zaleca się zachowanie dystansu.
2. Przy wejściu do pomieszczeń należy udostępnić płyn do dezynfekcji rąk (środek na bazie alkoholu, min. 60%) oraz zamieścić informację o obowiązkowym korzystaniu z niego przez wszystkie wchodzące osoby. Zaleca się udostępnienie instrukcji prawidłowej dezynfekcji rąk.
3. Zaleca się zachowanie dystansu między miejscami do siedzenia.
4. Klamki/uchwyty i powierzchnie, często dotykane, powinny być często i regularnie dezynfekowane.
5. Pomieszczenia powinny być regularnie wietrzone. Zapewnienie, w miarę możliwości, wietrzenia nieklimatyzowanych pomieszczeń.
6. W zakresie systemów wentylacyjno-klimatyzacyjnych stosowanie się do zaleceń NIZP-PZH.
7. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych zaleca się wywieszenie instrukcji prawidłowego mycia rąk, a przy dozownikach z płynem odkażającym instrukcji prawidłowej dezynfekcji rąk.
8. Rekomenduje się, o ile to możliwe, monitoring codziennych prac porządkowych, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymywania w czystości ciągów komunikacyjnych, dezynfekowania powierzchni dotykowych: poręczy, klamek, włączników światła, klawiatur, myszek, uchwytów, poręczy krzeseł i powierzchni płaskich itp.
9. Należy także pamiętać o dezynfekcji używanego sprzętu (np. klawiatury komputera).
10. Przeprowadzając dezynfekcję, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta preparatu. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.

#### ***E. Dodatkowe zasady bezpieczeństwa:***

1. Pracownicy powinni być zapoznani z zasadami dotyczącymi bezpieczeństwa biologicznego w zakresie zagrożeń związanych z ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2.
2. Zaleca się unikanie tworzenia się skupisk ludzkich.
3. Zaleca się, aby windą poruszała się jednorazowo taka liczba osób, która zapewni zachowanie odpowiedniego odstępu między nimi; osoby powinny mieć osłony na usta i nos, a także nie stać do siebie twarzą w twarz.
4. W trakcie pobytu ubezpieczonych w ośrodku rehabilitacyjnym powinien być obecny lekarz oraz pielęgniarka.

## **Procedury postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia u pracownika/ubezpieczonego**

1. Jeżeli u pacjenta wystąpią objawy choroby zakaźnej w trakcie turnusu rehabilitacyjnego, powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza POZ.
2. Pracownik ośrodka, który jest chory, nie powinien przychodzić do pracy. Powinien udać się do lekarza POZ. Podobnie pracownik, który poczuje się źle w czasie pracy – również powinien udać się do lekarza POZ.

## **Zalecenia ogólne**

1. Ośrodki są obowiązane zapewnić osobom zatrudnionym, niezależnie od podstawy zatrudnienia, maseczki oraz rękawiczki jednorazowe lub środki do dezynfekcji rąk.
2. Wytyczne dla pracowników:
  - a. przed rozpoczęciem pracy, tuż po przyjsciu do pracy obowiązkowo należy umyć ręce wodą z mydłem,
  - b. osoby wykonujące bezpośrednią obsługę pacjentów muszą nosić maseczkę oraz rękawice ochronne podczas wykonywania obowiązków, o ile nie utrudni to prowadzenia terapii,
  - c. podczas dnia pracy, często i dokładnie należy myć ręce wodą z mydłem, zgodnie z instrukcją znajdującą się przy umywalce i dezynfekować osuszone dłonie środkiem na bazie alkoholu (min. 60%),
  - d. podczas kaszlu i kichania zakrywać usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką – jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza i umyć ręce,
  - e. starać się nie dotykać dłońmi okolic twarzy; zwłaszcza ust, nosa i oczu,
  - f. używać jedynie swoich przyborów i akcesoriów,
  - g. dołożyć wszelkich starań, aby stanowiska pracy były czyste i higieniczne, przed, w trakcie i po zakończonym dniu pracy. Należy pamiętać o dezynfekcji powierzchni dotykowych jak np. uchwyty, poręcze, włączniki świateł,
  - h. regularnie (kilka razy w ciągu dnia) czyścić powierzchnie wspólne, z którymi stykają się klienci.
3. Za jedną z najważniejszych kwestii w zapobieganiu rozprzestrzeniania się koronawirusa uważa się utrzymywanie czystości rąk – ich częste mycie wodą z mydłem lub dezynfekowanie (jeśli dłonie nie są w sposób widoczny zanieczyszczone). Zaleca się higienę rąk:
  - a. przed i po pracy z pacjentami,
  - b. po dotykaniu banknotów/kart kredytowych, klamek itp.,
  - c. przed dotykaniem ust, nosa czy oczu,
  - d. po zanieczyszczeniu rąk wydzieliną z dróg oddechowych, np. w przypadku kasłania, kichania,
  - e. przed i po skorzystaniu z toalety,
  - f. przed wejściem do pomieszczenia dla personelu,
  - g. przed i po posiłku, spożywaniu napojów.
4. Noszenie rękawiczek nie może zastępować mycia rąk.

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

- 1) Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż:
  - a) 20 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach a każda tura powinna trwać 24 dni,
  - b) 30 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w trzech turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach a każda tura powinna trwać 24 dni.
- 2) Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony logopeda może prowadzić terapię nie więcej niż 20 pacjentów, pod warunkiem zatrudnienia logopedy w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień.
- 3) Przy realizacji kilku umów NGL wymagany jest 1 gabinet logopedyczny na 20 osób.
- 4) Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony w pełnym wymiarze etatu (tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień ) fizjoterapeuta prowadzący terapię manualną głosu może prowadzić terapię nie więcej niż 15 pacjentów.
- 5) Przy realizacji kilku umów NGL jeden gabinet lekarski wyposażony w stanowisko do badania laryngologiczno-foniatrycznego z videostroboskopem na 40 pacjentów.
- 6) Przy realizacji kilku umów NGL gabinet przeznaczony do badań słuchu, głosu i mowy wyposażony w audiometr oraz urządzenie do oceny akustycznej głosu i mowy na 60 pacjentów.
- 7) Przy realizacji kilku umów NGL jedna sala terapii psychologicznej na 60 pacjentów.
- 8) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – jeden psycholog może prowadzić oddziaływanie psychologiczne do 100 osób włącznie, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umowy OGP lub NGL, w tej liczbie mogą być uwzględnione oddziaływania psychologiczne realizowane w ramach umów NR lub UK lub UO lub NR.A lub UK.A lub 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;

- 9) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – akceptujemy jeden wspólny gabinet zabiegowy z wymaganym wyposażeniem. Akceptujemy także gabinet pielęgniarstwa wspólny z gabinetem zabiegowym. Nie będą akceptowane gabinety pielęgniarstwa lub gabinety zabiegowe wspólne z innymi gabinetami.
- 10) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – akceptujemy następującą liczbę sal do ćwiczeń grupowych:
  - a) jedna sala do ćwiczeń grupowych na – nie więcej niż 149 osób;
  - b) od 150 do 299 osób – dwie sale ćwiczeń grupowych;
  - c) od 300 do 449 osób – trzy sale do ćwiczeń grupowych;
  - d) od 450 do 599 osób – cztery sale do ćwiczeń grupowych.

| PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ<br>w schorzeniach NARZĄDU GŁOSU<br>w systemie stacjonarnym<br>(20 osób w turnusie) |                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Waga naruszenia |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Lp.                                                                                                                 | 2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |
| 2.1.                                                                                                                | baza hotelowa                                  | 2.1.1. | kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.1.2. | udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym co najmniej 4 łóżek w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.1.3. | a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej:<br>- 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych,<br>- 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych,<br>b) pokój powinien być wyposażony w:<br>łóżko/łóżka jednoosobowe o wymiarach materaca 90x200cm,<br>-stół,<br>-krzesła – jedno na osobę,<br>c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie z niepełnosprawnością ruchową | 1               |
| 2.2.                                                                                                                | kadra lekarska i specjalistyczna               | 2.2.1. | zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy, w tym: jednego specjalisty foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii, drugiego ze specjalizacją w zakresie foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii lub będącego w trakcie jednej z powyższych specjalizacji – minimum po 2 latach szkolenia specjalizacyjnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.2. | lekarze powinni prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż 10 pacjentów każdy*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.3. | zatrudnienie dwóch logopedów z co najmniej 3-letnim stażem pracy z osobami ze schorzeniami narządu głosu**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.4. | zatrudnienie co najmniej trzech fizjoterapeutów, w tym dwóch magistrów fizjoterapii z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu terapii manualnej krtani u pacjentów ze schorzeniami narządu głosu ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.5. | zatrudnienie co najmniej jednego psychologa z co najmniej I stopniem specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji, posiadającego certyfikat psychoterapeuty lub zaświadczenie ze szkolenia prowadzącego do uzyskania takiego certyfikatu (minimum po 2 latach szkolenia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.6. | Zatrudnienie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3               |

|             |                                                                    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|             |                                                                    |                                                                     | a) technika medycznego posiadającego uprawnienia do badań słuchu z wykorzystaniem wymaganej aparatury,<br>b) technika medycznego posiadającego uprawnienia do badań głosu i mowy z wykorzystaniem wymaganej aparatury<br>(dopuszcza się zatrudnienie 1 osoby, która posiada uprawnienia określone w lit. a i b)                             |          |
|             |                                                                    | <b>2.2.7.</b>                                                       | zatrudnienie dyplomowanego dietetyka, który odpowiada za prawidłowe ułożenie jadłospisów, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi                                                   | <b>3</b> |
| <b>2.3.</b> | <b>wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b> | <b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |
|             |                                                                    | <b>2.3.1.</b>                                                       | gabinet lekarski wyposażony w stanowisko do badania laryngologiczno-foniatrycznego z videostroboskopem                                                                                                                                                                                                                                      | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.2.</b>                                                       | dyżurka pielęgniarek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.3.</b>                                                       | gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w:<br>a) jeden aparat EKG,<br>b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji,<br>c) defibrylator                                                                                                                                                                      | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.4.</b>                                                       | gabinet przeznaczony do badań słuchu, głosu i mowy wyposażony w audiometr oraz urządzenie do oceny akustycznej głosu i mowy                                                                                                                                                                                                                 | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.5.</b>                                                       | gabinet logopedyczny wyposażony w niezbędne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.6.</b>                                                       | dwa gabinety do terapii manualnej głosu                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.7.</b>                                                       | sala ćwiczeń grupowych wyposażona w pięć stanowisk do ćwiczeń – 5 materaców gimnastycznych oraz co najmniej 2 drabinki rehabilitacyjne                                                                                                                                                                                                      | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.8.</b>                                                       | sala terapii psychologicznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.9.</b>                                                       | gabinety (gabinet) fizykoterapii wyposażone w:<br>a) 3 stanowiska do zabiegów elektryzacji krtani,<br>b) 3 stanowiska z inhalatorami z przystawkami pulsacyjnymi                                                                                                                                                                            | <b>3</b> |
|             |                                                                    | <b>2.3.10.</b>                                                      | udostępnienie gabinetów wyposażonych w co najmniej 3 różne stanowiska do prowadzenia zabiegów fizykalnych nie uwzględnionych w pkt 2.3.9. urządzonych zgodnie z obowiązującymi przepisami                                                                                                                                                   | <b>3</b> |
| <b>2.4.</b> | <b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>   | <b>2.4.1.</b>                                                       | zajęcia z psychologiem:<br>a) nie mniej niż 1 oddziaływanie psychologiczne dziennie, w tym zajęcia indywidualne, grupowe przez 5 dni w tygodniu, w grupach nie większych niż 10 osób,<br>b) seria terapeutyczna treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż 8 treningów, nie częściej niż raz dziennie, w grupach nie większych niż 10 osób | <b>3</b> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>2.4.2.</b> | <p>zajęcia z logopedą:</p> <p>a) indywidualne co najmniej 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) grupowe codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób,</p> <p>c) ćwiczenia emisji głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>3</b> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>2.4.3.</b> | <p>realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych:</p> <p>a) terapii manualnej głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu, prowadzonej przez lekarza lub przeszkolonego fizjoterapeutę,</p> <p>b) kinezyterapii uwzględniającej: korygowanie postawy, ćwiczenia mięśni szyi, karku i obręczy barkowej ze szczególnym uwzględnieniem nauki przeponowego toru oddychania 1 raz dziennie przez 6 dni w tygodniu,</p> <p>c) nie mniej niż 2 zabiegów z zakresu fizykoterapii dziennie, przez 6 dni w tygodniu</p> | <b>3</b> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>2.4.4.</b> | <p>prowadzenie dokumentacji lekarskiej, logopedycznej, psychologicznej i dotyczącej zajęć terapeutycznych zgodnie z przyjętym standardem uwzględniającym:</p> <p>1) badanie endoskopowe traktu głosowego,</p> <p>2) videostroboskopię krtani,</p> <p>3) badanie subiektywne i obiektywne głosu,</p> <p>4) próbę męczliwości głosu,</p> <p>5) ocenę stopnia niepełnosprawności głosu,</p> <p>6) ocenę psychologiczną,</p> <p>7) ocenę logopedyczną w zakresie procesu emisji głosu</p>                                                                                         | <b>3</b> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>2.4.5.</b> | <p>zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki schorzenia:</p> <p>a) proces tworzenia i kontrola własnego głosu, zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy, zasady higieny głosu, mechanizmy prawidłowej emisji głosu, choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu,</p> <p>b) czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu</p>                                                                                                                            | <b>2</b> |
|  | <p>* Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż:</p> <p>a) 20 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda tura powinna trwać 24 dni,</p> <p>b) 30 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w trzech turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda tura powinna trwać 24 dni, Dotyczy to również sytuacji, gdy lekarz jest zatrudniony przez różne podmioty realizujące umowę/umowy z ZUS. Dotyczy pkt 2.2.2.</p> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |
|  | <p>** Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony logopeda może prowadzić terapię nie więcej niż 20 pacjentów, pod warunkiem zatrudnienia logopedy w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Dotyczy pkt 2.2.3.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |
|  | <p>*** Przy realizacji kilku umów NGL fizjoterapeuta prowadzący terapię manualną głosu może</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |

prorowadzić terapię nie więcej niż 15 pacjentów, pod warunkiem zatrudnienia w pełnym wymiarze etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Dotyczy pkt 2.2.4.



**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

| PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ<br>w schorzeniach NARZĄDU GŁOSU<br>w systemie stacjonarnym<br>(40 osób w turnusie) |                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Waga naruszenia |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Lp.                                                                                                                 | 2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |
| 2.1.                                                                                                                | baza hotelowa                                  | 2.1.1. | kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.1.2. | udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 6 łóżek w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.1.3. | a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej:<br>– 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych,<br>– 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych,<br>b) pokój powinien być wyposażony w:<br>– łóżko/łóżka jednoosobowe o wymiarach materaca 90x200cm ,<br>– stół,<br>– krzesła – jedno na osobę,<br>c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie z niepełnosprawnością ruchową | 1               |
| 2.2.                                                                                                                | kadra lekarska i specjalistyczna               | 2.2.1. | zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy, w tym: jednego specjalistę foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii, drugiego ze specjalizacją w zakresie foniatrii lub audiologii i foniatrii lub otolaryngologii lub będącego w trakcie jednej z powyższych specjalizacji (minimum po 2 latach szkolenia specjalizacyjnego)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.2. | zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż 20 pacjentów, jeżeli turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda z nich powinna trwać 24 dni*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.3. | zatrudnienie dwóch logopedów z co najmniej 3-letnim stażem pracy z osobami ze schorzeniami narządu głosu **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.4. | zatrudnienie co najmniej sześciu fizjoterapeutów, w tym trzech magistrów fizjoterapii z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu terapii manualnej krtani u pacjentów ze schorzeniami narządu głosu ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3               |
|                                                                                                                     |                                                | 2.2.5. | zatrudnienie co najmniej jednego psychologa z co najmniej I stopniem specjalizacji w zakresie psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji, posiadającego certyfikat psychoterapeuty lub zaświadczenie ze szkolenia prowadzącego do                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3               |

|      |                                                              |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
|------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|      |                                                              |                                                                     | uzyskania takiego certyfikatu minimum po 2 latach szkolenia                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |
|      |                                                              | 2.2.6.                                                              | zatrudnienie:<br>a) technika medycznego posiadającego uprawnienia do badań słuchu z wykorzystaniem wymaganej aparatury,<br>b) technika medycznego posiadającego uprawnienia do badań głosu i mowy z wykorzystaniem wymaganej aparatury<br>(dopuszcza się zatrudnienie 1 osoby, która posiada uprawnienia określone w lit. a i b) | 3 |
|      |                                                              | 2.2.7.                                                              | zatrudnienie dyplomowanego dietetyka, który odpowiada za prawidłowe ułożenie jadłospisów, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi                                        | 3 |
| 2.3. | wypożyczenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną | <b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
|      |                                                              | 2.3.1.                                                              | gabinet lekarski wyposażony w stanowisko do badania laryngologiczno-foniatrycznego z videostroboskopem                                                                                                                                                                                                                           | 3 |
|      |                                                              | 2.3.2.                                                              | dyżurka pielęgniarek                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3 |
|      |                                                              | 2.3.3.                                                              | gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w:<br>a) jeden aparat EKG,<br>b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji,<br>c) defibrylator                                                                                                                                                           | 3 |
|      |                                                              | 2.3.4.                                                              | gabinet przeznaczony do badań słuchu, głosu i mowy wyposażony w audiometr oraz urządzenie do oceny akustycznej głosu i mowy                                                                                                                                                                                                      | 3 |
|      |                                                              | 2.3.5.                                                              | dwa gabinety logopedyczne wyposażone w niezbędne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne                                                                                                                                                                                                                                         | 3 |
|      |                                                              | 2.3.6.                                                              | trzy gabinety do terapii manualnej głosu                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3 |
|      |                                                              | 2.3.7.                                                              | sala ćwiczeń grupowych wyposażona w pięć stanowisk do ćwiczeń – 5 materaców gimnastycznych oraz co najmniej 2 drabinki rehabilitacyjne                                                                                                                                                                                           | 3 |
|      |                                                              | 2.3.8.                                                              | sala terapii psychologicznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3 |
|      |                                                              | 2.3.9.                                                              | gabinety albo gabinet fizykoterapii wyposażone w:<br>a) 5 stanowisk do zabiegów elektryzacji krtani,<br>b) 5 stanowisk z inhalatorami z przystawkami pulsacyjnymi                                                                                                                                                                | 3 |
|      |                                                              | 2.3.10.                                                             | udostępnienie gabinetów wyposażonych w co najmniej 4 różne stanowiska do prowadzenia zabiegów fizykalnych nie uwzględnionych w punkcie 2.3.9. urządzonych zgodnie z obowiązującymi przepisami                                                                                                                                    | 3 |
| 2.4. | wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu    | 2.4.1.                                                              | zajęcia z psychologiem:<br>a) nie mniej niż 1 oddziaływanie psychologiczne dziennie, w tym zajęcia indywidualne, grupowe przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 10 osób,<br>b) seria terapeutyczna treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż 8 treningów, nie częściej niż raz dziennie – w grupach nie          | 3 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               | większych niż 10 osób                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>2.4.2.</b> | zajęcia z logopedą:<br>a) indywidualne co najmniej 3 razy w tygodniu,<br>b) grupowe codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób,<br>c) ćwiczenia emisji głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu – w grupach nie większych niż 5 osób                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>3</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>2.4.3.</b> | realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych:<br>a) terapii manualnej głosu codziennie przez 5 dni w tygodniu, prowadzonej przez lekarza lub przeszkolonego fizjoterapeutę,<br>b) kinezyterapii uwzględniającej: korygowanie postawy, ćwiczenia mięśni szyi, karku i obręczy barkowej, ze szczególnym uwzględnieniem nauki przeponowego toru oddychania, 1 raz dziennie przez 6 dni w tygodniu,<br>c) nie mniej niż 2 zabiegów z zakresu fizykoterapii dziennie, przez 6 dni w tygodniu | <b>3</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>2.4.4.</b> | prowadzenie dokumentacji lekarskiej, logopedycznej, psychologicznej i dotyczącej zajęć terapeutycznych zgodnie z przyjętym standardem uwzględniającym:<br>1) badanie endoskopowe traktu głosowego,<br>2) videostroboskopię krtani,<br>3) badanie subiektywne i obiektywne głosu,<br>4) próbę męczliwości głosu,<br>5) ocenę stopnia niepełnosprawności głosu,<br>6) ocenę psychologiczną,<br>7) ocenę logopedyczną w zakresie procesu emisji głosu                                                                                                           | <b>3</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>2.4.5.</b> | zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki schorzenia:<br>a) proces tworzenia i kontrola własnego głosu, zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy, zasady higieny głosu, mechanizmy prawidłowej emisji głosu, choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu,<br>b) czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu                                                                                                                          | <b>2</b> |
| * Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż:<br>a) 20 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda tura powinna trwać 24 dni,<br>b) 30 pacjentów pod warunkiem, że turnus rozpoczyna się w trzech turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda tura powinna trwać 24 dni, Dotyczy to również sytuacji, gdy lekarz jest zatrudniony przez różne podmioty realizujące umowę/umowy z ZUS. Dotyczy pkt 2.2.2. |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
| **Przy realizacji kilku umów NGL zatrudniony logopeda może prowadzić terapię nie więcej niż 20 pacjentów, pod warunkiem zatrudnienia logopedy w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Dotyczy pkt 2.2.3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
| *** Przy realizacji kilku umów NGL fizjoterapeuta prowadzący terapię manualną głosu może                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |

prorowadzić terapię nie więcej niż 15 pacjentów, pod warunkiem zatrudnienia w pełnym wymiarze etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Dotyczy pkt 2.2.4.



**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 3  
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                                        |                 |       |             |             |                   |
| Liczba osób, które stawiły się w obiekcie |                 |       |             |             |                   |

.....  
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 4  
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 lekarza lub mgr fizjoterapii  
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 4a  
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).

Załącznik nr 5

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

.....  
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  |                 |       |                                                                                       |                                                                                                   |                                                   |                             |
|     |                 |       |                                                                                       | Razem                                                                                             |                                                   |                             |

\* - zmiana adresu wyłącznie po uzgodnieniu z Zakładem

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka**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>fizjoterapeuty,<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

.....  
Nazwa Ośrodka**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów 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

Pieczęć Ośrodka

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

Nr ks. gł. ....

Numer pokoju .....

**NGL****INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ**  
w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach narządu głosu

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

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

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

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia, urlop dla poratowania  
zdrowia (*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. ....

**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>Stan funkcjonalny</b>                  | <b>Uzasadnienie</b> |
|-------------------------------------------|---------------------|
| <b>Poprawa</b><br>stanu funkcjonalnego    |                     |
| <b>Bez zmiany</b><br>stanu funkcjonalnego |                     |

|                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Pogorszenie</b><br>stanu funkcjonalnego<br>związane z chorobą będącą<br>przyczyną skierowania na<br>rehabilitację     |  |
| <b>Pogorszenie</b><br>stanu funkcjonalnego nie<br>związane z chorobą będącą<br>przyczyną skierowania na<br>rehabilitację |  |

#### Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:

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

.....

.....

**b) badanie przedmiotowe ogólne** (stan ogólny, tętno obwodowe, ilość oddechów/min., budowa ciała, szyja, głowa, klatka piersiowa, tor oddychania, stan psychiczny):

.....

.....

**c) badanie otolaryngologiczne:**

|                            | Badanie wstępne | Badanie końcowe |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| nos                        |                 |                 |
| jama ustna                 |                 |                 |
| gardło                     |                 |                 |
| uszy                       |                 |                 |
| krtań                      |                 |                 |
| fałdy głosowe              |                 |                 |
| ruchomość fałdów głosowych |                 |                 |
| zwarcie fonacyjne          |                 |                 |
| pozostałe struktury krtani |                 |                 |
| błona śluzowa              |                 |                 |
| okolica podgłośniowa       |                 |                 |

**d) subiektywna ocena głosu:**

.....

**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej:**

- Pomiar RR:.....
- Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....
- **Ocena głosu w skali percepcyjnej GRBAS**

(Zaburzenia: 0- brak; 1- lekkie; 2- mierne; 3- ciężkie)

|                                | Badanie wstępne |          |          |          | Badanie końcowe |          |          |          |
|--------------------------------|-----------------|----------|----------|----------|-----------------|----------|----------|----------|
|                                | Data badania:   |          |          |          | Data badania:   |          |          |          |
| <b>G – stopień chrypki</b>     | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
| <b>R – szorstkość głosu</b>    | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
| <b>B – nastawienie głosowe</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
| <b>A – asteniczność głosu</b>  | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
| <b>S – napięcie głosu</b>      | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>0</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |

- Częstotliwość podstawowa głosu [Hz].....
- Natężenie głosu w mowie [dB].....
- Czas fonacji [s].....
- Obiektywna analiza głosu (Jitt, Shim, NHR).....
- **Badanie videolaryngoskopowe krtani**

|  | Badanie wstępne | Badanie końcowe |
|--|-----------------|-----------------|
|  | Data badania:   | Data badania:   |

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| Budowa krtani                       |  |  |
| Nagłośnia                           |  |  |
| Fałdy przedsionkowe                 |  |  |
| Nalewki                             |  |  |
| Zachyłki gruszkowate                |  |  |
| Fałdy głosowe                       |  |  |
| Ruchomość                      fałd |  |  |
| Zwarcie fonacyjne                   |  |  |
| Błona śluzowa                       |  |  |
| Okolica podgłośniowa                |  |  |

- Badanie videostroboskopowe krtani:

|                          | Badanie wstępne | Badanie końcowe |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
|                          | Data badania:   | Data badania:   |
| Drgania fałdów głosowych |                 |                 |
| Amplituda drgań          |                 |                 |
| Przesunięcie brzeżne     |                 |                 |
| Zwarcie fałdów głosowych |                 |                 |
| Ruchomość oddechowa      |                 |                 |
| Drgania fałdów głosowych |                 |                 |
| Poziom fałdów głosowych  |                 |                 |

- Próba męczliwości głosu: .....

- Ocena czynności tworzenia głosu:.....

|           | Badanie wstępne | Badanie końcowe |
|-----------|-----------------|-----------------|
|           | Data badania:   | Data badania:   |
| Oddechowa |                 |                 |
| Fonacyjna |                 |                 |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| Artykulacyjna |  |  |
| Rezonacyjna   |  |  |

- Kwestionariusz oceniający niepełnosprawność głosową – VHI podczas przyjęcia do placówki

(załącznik nr 10):.....

#### Konsultacje:

.....

.....

#### 1. Rehabilitacja lecznicza:

| Kinezyterapia                 | Rodzaj | Liczba zabiegów<br>zleconych | Liczba zabiegów<br>wykonanych |
|-------------------------------|--------|------------------------------|-------------------------------|
| Ćwiczenia oddechowe           |        |                              |                               |
| Ćwiczenia ogólnousprawniające |        |                              |                               |
| Terapia manualna głosu        |        |                              |                               |
| Inne                          |        |                              |                               |
| <b>Razem</b> liczba zabiegów  |        |                              |                               |

| Fizykoterapia                    | Rodzaj | Liczba zabiegów<br>zleconych | Liczba zabiegów<br>wykonanych |
|----------------------------------|--------|------------------------------|-------------------------------|
| Inhalacje                        |        |                              |                               |
| Zabiegi z zakresu elektroterapii |        |                              |                               |
| Wlewki dokrtaniowe               |        |                              |                               |
| Inne                             |        |                              |                               |
| <b>Razem</b> liczba zabiegów     |        |                              |                               |

## 2. Treningi logopedyczne:

|                               | Liczba zabiegów<br>zleconych | Liczba zabiegów<br>wykonanych |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Indywidualne                  |                              |                               |
| Grupowe                       |                              |                               |
| Ćwiczenia emisji głosu        |                              |                               |
| <b>Razem</b> liczba treningów |                              |                               |

## 3. Formy oddziaływania psychologicznego:

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

## 4. Edukacja zdrowotna:

|                                                                                                                                   | Data | Liczba |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| Edukacja w zakresie procesu tworzenia głosu (lekarz)                                                                              |      |        |
| Świadomość tworzenia i kontroli własnego głosu (lekarz)                                                                           |      |        |
| Zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy (logopeda)                                            |      |        |
| Zasady higieny głosu (logopeda)                                                                                                   |      |        |
| Znajomość mechanizmów prawidłowej emisji głosu (w zakresie postawy, czynności oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej) (logopeda) |      |        |
| Choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu (lekarz)                                                   |      |        |
| Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych (lekarz)                                                                              |      |        |
| Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy (BHP)                                                                             |      |        |
| Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i                                                                        |      |        |
| Zasady prawidłowego żywienia (dietetyk)                                                                                           |      |        |
| Profilaktyka uzależnień                                                                                                           |      |        |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| Inne                      |  |  |
| <b>Razem liczba zajęć</b> |  |  |

## 5. Leczenie farmakologiczne:

.....

.....

**Wyniki rehabilitacji leczniczej:** *(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: wydolności głosowej, techniki emisyjnej, stroboskopową ocenę krtani, testu sprawności funkcjonalnej VHI)*

.....

.....

## Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis i pieczęć ordynatora

prowadzącego leczenie

ośrodka rehabilitacyjnego

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

.....  
Pieczęć Ośrodka

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

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr ks. gł. ....

Data badania .....

### KWESTIONARIUSZ OCENIAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ GŁOSOWĄ (VHI)

0 = NIGDY, 1 = PRAWIE NIGDY, 2 = CZASAMI, 3 = PRAWIE ZAWSZE, 4 = ZAWSZE

| CZĘŚĆ I. SAMOOCENA STANU FUNKCJONALNEGO |                                                                                 |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1                                       | Ludzie mają kłopoty ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2                                       | Niekiedy rodzina w domu ma kłopoty ze zrozumieniem tego, co do nich mówię       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3                                       | Używam rzadziej telefonu, ponieważ ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4                                       | Unikam zabierania głosu w miejscach publicznych                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5                                       | Ludzie w bezpośredniej rozmowie proszą mnie o powtórzenie wypowiedzi            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6                                       | Unikam kontaktu z przyjaciółmi, sąsiadami, krewnymi z powodu mojego głosu       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7                                       | Mój głos jest słaby, z trudem słyszany przez innych                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8                                       | Moje kłopoty głosowe ograniczają moje życie osobiste i społeczne                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9                                       | Czuję się odsunięty od konwersacji z powodu mojego głosu                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10                                      | Moje problemy głosowe powodują, że mniej zarabiam                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| CZĘŚĆ II. SAMOOCENA STANU EMOCJONALNEGO |                                                                                 |   |   |   |   |   |
| 11                                      | Ludzie są zirytowani moim głosem                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12                                      | Mam wrażenie, że ludzie nie rozumieją moich dolegliwości związanych z głosem    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13                                      | Moje kłopoty z głosem denerwują mnie                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                                              |                                                                                      |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14                                           | Ograniczyłam(em) kontakty towarzyskie stając się odludkiem z powodu zaburzeń głosu   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15                                           | Z powodu mojego głosu czuję się niepełnosprawny                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16                                           | Jestem zły, kiedy ludzie każą mi powtarzać                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17                                           | Czuję się zakłopotany, kiedy ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18                                           | Z powodu kłopotów z głosem czuję się mniej kompetentny zawodowo                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19                                           | Wstydzę się swoich kłopotów związanych z głosem                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20                                           | Kiedy rozmawiam z innymi, odczuwam wewnętrzne napięcie z powodu mojego głosu         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>CZĘŚĆ III. SAMOOCENA STANU FIZYCZNEGO</b> |                                                                                      |   |   |   |   |   |
| 21                                           | Brakuje mi powietrza przy mówieniu                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22                                           | Ludzie często pytają, co się stało z moim głosem                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23                                           | Nie mogę przewidzieć nagle występujących zmian w czystości wyrazistości mojego głosu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24                                           | Staram się tak zmieniać głos, aby brzmiał on w moim odczuciu lepiej                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25                                           | Mówienie jest dla mnie dużym wysiłkiem                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26                                           | Mój głos pogarsza się wieczorem                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27                                           | Mój głos jest skrzeczący i suchy                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28                                           | Wydaje mi się, że tworzę głos z wysiłkiem                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29                                           | Brzmienie mojego głosu jest zmienne w ciągu dnia                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30                                           | Mój głos słabnie w trakcie mówienia                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>Suma punktów</b>                          |                                                                                      |   |   |   |   |   |

.....  
Pieczęć Ośrodkado 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 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* lub poświadczający obecność w ośrodku |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

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

| Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS<br>– rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                              | 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                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.                                                                                                              | lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3.                                                                                                              | lekarz prowadzący leczenie powinien być dostępny codziennie (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4.                                                                                                              | pacjent powinien mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5.                                                                                                              | zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6.                                                                                                              | ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7.                                                                                                              | ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 8.                                                                                                              | ośrodek zapewnia całodienne wyżywienia od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji), ośrodek nie udostępnia suchego prowiantu                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9.                                                                                                              | ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10.                                                                                                             | 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                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11.                                                                                                             | ośrodek zapewnia pacjentom możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 12.                                                                                                             | ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób kierowanych, 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)                                                                                                                    |
| 13.                                                                                                             | Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 14.                                                                                                             | 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: <b>kancelaria@rpp.gov.pl</b> ;<br>c) listownie na adres: <b>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.</b> |

### **Dodatkowy wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą\***

Nazwa obiektu .....

Adres obiektu .....

| Liczba łóżek wydzielonych dla ZUS w obiekcie |        |              |                       | .....                                 |
|----------------------------------------------|--------|--------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Winda w obiekcie (wpisać TAK lub NIE)        |        |              |                       | .....                                 |
| Liczba łóżek ogółem w obiekcie               |        |              |                       | .....                                 |
| Lp.                                          | Piętro | Numer pokoju | Liczba łóżek w pokoju | Powierzchnia pokoju (m <sup>2</sup> ) |
| 1                                            |        |              |                       |                                       |
| 2                                            |        |              |                       |                                       |
| 3                                            |        |              |                       |                                       |
| 4                                            |        |              |                       |                                       |
| 5                                            |        |              |                       |                                       |
| 6                                            |        |              |                       |                                       |
| 7                                            |        |              |                       |                                       |
| 8                                            |        |              |                       |                                       |
| 9                                            |        |              |                       |                                       |
| 10                                           |        |              |                       |                                       |
| 11                                           |        |              |                       |                                       |
| 12                                           |        |              |                       |                                       |
| 13                                           |        |              |                       |                                       |
| 14                                           |        |              |                       |                                       |
| 15                                           |        |              |                       |                                       |
| 16                                           |        |              |                       |                                       |
| 17                                           |        |              |                       |                                       |
| 18                                           |        |              |                       |                                       |
| 19                                           |        |              |                       |                                       |

.....  
/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej/

\* wykaz należy sporządzić odrębnie dla każdego obiektu

## 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 załączają 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.

\* 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 załączają udostępniania 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.

\* 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.

Załącznik nr 16  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/Pieczętka ośrodka /

## UMOWA NR:

### WYKAZ OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA FAKTUR, NOT KSIĘGOWYCH ORAZ INNYCH DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH DO UMOWY O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS.

| L.P | Imię i nazwisko | Pełniona funkcja | Wzajemne zależności | Wzór podpisu/parafy |
|-----|-----------------|------------------|---------------------|---------------------|
| 1.  |                 |                  |                     |                     |
| 2.  |                 |                  |                     |                     |
| 3.  |                 |                  |                     |                     |
| 4.  |                 |                  |                     |                     |
| 5.  |                 |                  |                     |                     |

.....  
/podpis i pieczętka upoważniającego/

.....  
(pieczęć Ośrodka).....  
(nr umowy)**HARMONOGRAM TURNUSÓW REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH PREWENCJI**

RENTOWEJ ZUS NA ROK .....\*

W SCHORZENIACH\*\*:

 NR ☐ NR.A ☐ UK ☐ UK.A ☐ UKT.A ☐ UO ☐  
 PS ☐ NGL ☐ OGP ☐ NRW ☐ OUN ☐

NAZWA I ADRES OBIEKTU W OŚRODKU REHABILITACYJNYM: .....

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

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej).....  
sprawdził (data, podpis)\*\*\*\*.....  
zaakceptował (data, podpis)\*\*\*\*

\* 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