

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

<input type="checkbox"/> narządu ruchu	<input type="checkbox"/> układu krążenia	<input type="checkbox"/> układu oddechowego	<input type="checkbox"/> psychosomatycznych
<input type="checkbox"/> onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego	<input type="checkbox"/> narządu głosu		
<input type="checkbox"/> innych prowadzonych przez ZUS	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

**Instrukcja wypełniania**

Ten wniosek wypełnia Twój lekarz, jeśli chcesz otrzymać skierowanie na rehabilitację leczniczą. Z rehabilitacji możesz skorzystać, jeśli jesteś zagrożony częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy. Dane pacjenta i dodatkowe dane wypełnij samodzielnie. Wypełniony wniosek złóż do ZUS nie później niż 30 dni po jego wystawieniu przez lekarza.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

**Dane pacjenta**

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Numer domu	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Numer lokalu	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		

**Dodatkowe dane**

Adres e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Podaj adres e-mail
Zawód wykonywany	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Zawód wyuczony	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Rodzaj pracy	<input type="checkbox"/> fizyczna <input type="checkbox"/> umysłowa

**Podpis pacjenta**

Data

dd / mm / rrrr

Podpis

---

## Rozpoznanie (w języku polskim)

---

Podaj wraz z numerami statystycznymi

---

## Choroby współistniejące

---

Podaj wraz z numerami statystycznymi

**Pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.**

---

## Podpis lekarza

---

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

---

Podpis i pieczęć lekarza

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej prowadzona jest w dwóch trybach:

- stacjonarnym – 24 dni z zakwaterowaniem i noclegiem w ośrodku
- ambulatoryjnym – 24 dni zabiegowe bez noclegu w ośrodku, pobyt w miejscu zamieszkania

---

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>