

Wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w zakresie schorzeń

☐ narządu ruchu	☐ układu krążenia	☐ układu oddechowego	☐ psychosomatycznych
☐ po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego	☐ narządu głosu	☐ ośrodkowego układu nerwowego	☐ narządu ruchu po wypadku
☐ innych prowadzonych przez ZUS			

Z rehabilitacji możesz skorzystać, jeśli jesteś zagrożony częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy oraz rokujesz odzyskanie zdolności do pracy po rehabilitacji.

Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełniasz Ty i Twój lekarz, jeśli chcesz otrzymać skierowanie na rehabilitację leczniczą. Wypełnij samodzielnie: Dane pacjenta, Adres zamieszkania, Adres do korespondencji i Pozostałe informacje. Do wniosku dołącz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących.

Lekarz wypełnia: Rozpoznanie, Choroby współistniejące, Rokowanie odzyskania zdolności do pracy i Dane placówki, w której wystawiono wniosek.

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	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Data urodzenia	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Imię	
Nazwisko	
Numer telefonu	
	To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój numer telefonu. Ułatwi nam to kontakt z Tobą
Adres e-mail	
	To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój adres e-mail. Ułatwi nam to kontakt z Tobą

Adres zamieszkania

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Nazwa państwa			
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres do korespondencji jest inny niż polski

Pozostałe informacje

Zawód wykonywany	
Zawód wyuczony	
Rodzaj pracy	☐ fizyczna ☐ umysłowa

Data

		/			/				
dd			mm			rrrr			

Podpis pacjenta**Rozpoznanie**

Numer statystyczny choroby	
Nazwa choroby	
Rozpozpoznanie w języku polskim	

Choroby współistniejące

Numer statystyczny choroby			
Nazwa choroby			
Rozpozpoznanie w języku polskim			

Pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Dane placówki, w której wystawiono wniosek

Nazwa			
Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Nazwa państwa			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		
Numer telefonu			
	Podaj numer telefonu placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		
Adres e-mail			
	Podaj adres e-mail placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		

Podpis lekarza

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis i pieczęć lekarza

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: <https://bip.zus.pl/rodo>