

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"/> po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego	<input type="checkbox"/> narządu głosu	<input type="checkbox"/> ośrodkowego układu nerwowego	<input type="checkbox"/> narządu ruchu po wypadku

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

Adres zamieszkania

Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/> <small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>		

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres do korespondencji jest inny niż polski

Sposób odbioru odpowiedzi

<input type="checkbox"/> na moim koncie w eZUS (dawniej PUE ZUS)	<input type="checkbox"/> w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)	<input type="checkbox"/> pocztą na adres wskazany we wniosku
---	--	---

Pozostałe informacje

Zawód wykonywany	<input type="text"/>
Zawód wyuczony	<input type="text"/>
Rodzaj pracy	<input type="checkbox"/> fizyczna <input type="checkbox"/> umysłowa

Data / /
dd / mm / rrrr

Podpis pacjenta**Rozpoznanie**

Numer statystyczny choroby	<input type="text"/>
Nazwa choroby	<input type="text"/>
Rozpozpoznanie w języku polskim	<input type="text"/>

Choroby współistniejące

Numer statystyczny choroby	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa choroby	<input type="text"/>		
Rozpozpoznanie w języku polskim	<input type="text"/>		

Pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Dane placówki, w której wystawiono wniosek

Nazwa	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	Podaj numer telefonu placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		
Adres e-mail	<input type="text"/>		
	Podaj adres e-mail placówki – to ułatwi nam kontakt w sprawie		

Podpis lekarza

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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>