

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

narządu ruchu   
  układu krążenia   
  układu oddechowego   
  psychosomatycznych  
 onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego   
  narządu głosu  
 innych prowadzonych przez ZUS   

**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 oraz rokujesz odzyskanie zdolności do pracy po rehabilitacji.

Dane pacjenta i dodatkowe dane wypełnij samodzielnie. Do wniosku dołącz kopie wyników badań i konsultacji specjalistycznych, które potwierdzają rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących.

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

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa   
Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

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

Zawód wykonywany

Zawód wyuczony

Rodzaj pracy  fizyczna     umysłowa

Data   /   /      
dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
 Podpis pacjenta

**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.****Dane placówki, w której wystawiono wniosek**

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