



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny / Placówka Terenowa KRUS

W

WNIOSEK

o skierowanie dziecka urodzonego w latach -
na turnus rehabilitacyjny z powodu:

- ☐ wad postawy i chorób układu ruchu
- ☐ chorób układu oddechowego

Dane rodzica/opiekuna prawnego ubezpieczonego w KRUS

..... nazwisko i imię PESEL telefon

..... adres zamieszkania

I. Dane osobowe dziecka

..... nazwisko i imię data urodzenia PESEL

..... adres zamieszkania

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?
Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny?

Tak ☐ / Nie ☐
Tak ☐ / Nie ☐

II. Badania lekarskie

1. Wywiad (zgłaszane dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....
.....
.....
.....
.....

Czy dziecko jest leczone w Poradni Specjalistycznej?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli tak, to w jakiej? (proszę dołączyć opinię lekarza specjalisty o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji leczniczej).

Inne dane o stanie zdrowia dziecka, takie jak: alergia, choroba lokomocyjna, aparat ortodontyczny, okulary, inne zaopatrzenie.

Czy dziecko przyjmuje leki?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli tak, to jakie?

Szczepienia ochronne (data lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wypisem szczepień) :

tęzec

błonica.....

dur.....

inne.....

2. Badanie przedmiotowe

Stan ogólny wzrost waga.....

skóra.....

węzły chłonne obwodowe.....

gardło – migdałki podniebienne uzębienie

• Układ oddechowy:

klatka piersiowa..... szmer oddechowy

ocena wydolności

• Układ sercowo-naczyniowy

czynność serca /min.

ocena wydolności

• Jama brzusznaprzepuklina

• Układ moczowo-płciowy:

.....

• **Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

wzrok słuch
choroby / wady: wzroku, zaburzenia głosu, mowy, słuchu* inne
stosowane aparaty i środki korekcyjne: szkła, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy* inne

Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy.....

Stan psychiczny :

• **Układ ruchu:** postawa - budowa / wady i zaburzenia.....

ogólna ocena sprawności ruchowej:

* właściwe podkreślić

3. Wyniki badań dodatkowych oraz ewentualnych konsultacji specjalistycznych niezbędnych do prawidłowego ustalenia programu rehabilitacji leczniczej.....

III. Rozpoznanie:

A. choroba / wada – podstawowy problem zdrowotny dziecka uzasadniający skierowanie na rehabilitację leczniczą.....

kod statystyczny choroby A			
----------------------------	--	--	--

wg. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10.

B. choroby / wady współistniejące

Czy dziecko jest zdolne do
samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych?

TAK	NIE

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

TAK	NIE

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
podpis i pieczętka imienna lekarza

miejsowość i data

**Bezwzględne przeciwwskazania
do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne - według Rozporządzenia Ministra
Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania
pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.**

**IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w Oddziale
Regionalnym /Placówce Terenowej KRUS**

Kwalifikuję – Tak ☐ / Nie ☐

na turnus rehabilitacyjny w w terminie

.....
/ data/

.....
podpis i pieczętka
lekarza regionalnego inspektora
oddziału regionalnego/placówki terenowej KRUS



I. Informacja wychowawcy klasy o dziecku
dotycząca wniosku o skierowanie dziecka urodzonego
w latach - na turnus rehabilitacyjny

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis wychowawcy klasy)

pieczętka szkoły

II. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

1. Wyrażam zgodę na leczenie rehabilitacyjne mojego dziecka w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w miejscu i terminie jak we wniosku.
2. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, ewentualną hospitalizację, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
3. Jednocześnie stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że zarówno KRUS - organizator turnusu, zakład rehabilitacyjny jak i członkowie kadry pedagogicznej nie ponoszą odpowiedzialności za cenne przedmioty (aparaty fotograficzne, odtwarzacze muzyki, telefony komórkowe, itp.) posiadane przez moje dziecko.
5. Poinformowałem/em współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałem/em informacje zawarte w pkt. 1 - 4 niniejszego oświadczenia a współmałżonek/opiekun prawny wyraził zgodę na skierowanie dziecka na rehabilitację.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych we wniosku kwalifikacyjnym na potrzeby niezbędne do udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych .

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)

o skierowanie dziecka
na turnus rehabilitacyjny

Informacje i spostrzeżenia wychowawcy turnusu rehabilitacyjnego
dotyczące dziecka

nazwisko i imię

turnus rehabilitacyjny w

w terminie - r.

(data i podpis wychowawcy)