

Warszawa, dnia 30 lipca 2013 r.

Poz. 860

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI¹⁾**

z dnia 19 lipca 2013 r.

w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne

Na podstawie art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki i tryb kierowania na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne, w tym:

- 1) trwałość i okresowość całkowitej niezdolności do pracy oraz przyczynę jej powstania;
- 2) wskazania do rehabilitacji leczniczej oraz ocenę jej potrzeby;
- 3) warunki i tryb kwalifikacji wniosku o rehabilitację leczniczą, za pośrednictwem jednostek organizacyjnych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwanej dalej „Kasą”;
- 4) sposób zwrotu kosztów przejazdu osób kierowanych na rehabilitację leczniczą;
- 5) warunki i tryb przeprowadzania konkursu oraz zawierania umowy o świadczenia i usługi rehabilitacyjne, zwanej dalej „umową”, z zakładami rehabilitacji leczniczej innymi niż określone w art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Przy kierowaniu na rehabilitację leczniczą uwzględnia się trwałość całkowitej niezdolności do pracy, określoną w art. 21 ust. 6 ustawy, oraz okresowość całkowitej niezdolności do pracy, określoną w art. 21 ust. 7 ustawy.

§ 3. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę:

- 1) uznaną okresowo za całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo
- 2) zagrożoną całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, albo
- 3) o której mowa w § 9 – ze wskazań zdrowotnych.

§ 4. 1. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę, o której mowa w § 3 pkt 1 i 2, jeżeli:

- 1) podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie albo

¹⁾ Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi kieruje działem administracji rządowej – rozwój wsi, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi (Dz. U. Nr 248, poz. 1486).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 67, poz. 411, Nr 70, poz. 416, Nr 180, poz. 1112, Nr 227, poz. 1505, Nr 228, poz. 1507 i Nr 237, poz. 1654 i 1656, z 2009 r. Nr 69, poz. 595, Nr 79, poz. 667 i Nr 97, poz. 800, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 149, poz. 887, Nr 232, poz. 1378 i Nr 233, poz. 1382 oraz z 2012 r. poz. 637, 1342 i 1529.

- 2) podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą, albo
- 3) ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowała zdolność do samodzielnej egzystencji.

2. Okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie jest wymagany w przypadku osoby ubezpieczonej zagrożonej całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej.

§ 5. Podstawę do skierowania na rehabilitację leczniczą stanowi prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy lub orzeczenie komisji lekarskiej Kasy, wydane w postępowaniu orzeczniczym dla ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników oraz zawierające wskazania do rehabilitacji leczniczej.

§ 6. 1. O skierowanie na rehabilitację leczniczą można ubiegać się także na podstawie wniosku, sporządzonego przez lekarza prowadzącego leczenie, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia.

2. Wniosek składa się w oddziale regionalnym albo placówce terenowej Kasy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie na rehabilitację leczniczą.

3. Wniosek podlega merytorycznej weryfikacji przez lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy, który ocenia potrzebę i celowość skierowania na rehabilitację leczniczą.

4. Podstawę do skierowania na rehabilitację leczniczą stanowi pozytywna ocena lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy.

§ 7. Pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą ma osoba, dla której potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej.

§ 8. 1. Osoba zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym może być skierowana na rehabilitację leczniczą ponownie po 12 miesiącach od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji.

2. Na rehabilitację leczniczą można skierować ponownie, po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji, osobę, która ma ustalone prawo do:

- 1) zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni;
- 2) okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy.

3. Na rehabilitację leczniczą można skierować przed upływem terminów, o których mowa w ust. 1 i 2, w przypadkach uzasadnionych potrzebami prowadzonego leczenia.

§ 9. 1. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane dziecko osoby, która:

- 1) spełnia warunki określone w § 4 ust. 1 pkt 1 i 2 lub
- 2) ma ustalone prawo do renty, o której mowa w art. 18 ustawy, jeżeli osoba ta podlega:
 - a) ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu lub
 - b) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu– nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

2. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane także dziecko, o którym mowa w art. 29 ust. 2 ustawy, jeżeli jest w wieku uprawniającym do renty rodzinnej.

3. Do skierowania dziecka na rehabilitację leczniczą stosuje się przepisy § 6.

§ 10. 1. Jeżeli na rehabilitację leczniczą jest kierowane dziecko wymagające opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej zapewnia się również opiekunowi prawnemu tego dziecka.

2. O pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej opiekuna prawnego dziecka wraz z dzieckiem wnioskuje lekarz, który sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

3. Opiekun prawny dziecka ponosi odpłatność za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej według stawki za rehabilitację pomniejszoną o koszty leczenia w tym zakładzie, chyba że również został zakwalifikowany do odbycia rehabilitacji leczniczej w tym samym zakładzie rehabilitacji leczniczej, w trybie określonym w § 5 albo § 6.

§ 11. 1. Zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do zakładu rehabilitacji leczniczej wskazanego w skierowaniu do odbycia rehabilitacji leczniczej przysługuje osobie skierowanej na rehabilitację leczniczą po przybyciu do tego zakładu, w formie gotówkowej, najpóźniej w przedostatnim dniu pobytu w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

2. Zwrotu kosztów przejazdu dokonuje zakład rehabilitacji leczniczej na podstawie pisemnego wniosku osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą, zawierającego oświadczenie o posiadaniu albo nieposiadaniu uprawnień do ulgowych przejazdów transportem zbiorowym, i przedstawieniu biletów lub rachunków za przejazd.

3. Zakład rehabilitacji leczniczej zwraca osobie skierowanej na rehabilitację leczniczą poniesione koszty przejazdu w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.

4. W przypadku gdy między miejscem zamieszkania osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą a zakładem rehabilitacji leczniczej nie ma zbiorowej komunikacji kolejowej lub autobusowej, wysokość zwrotu kosztów przejazdu ustala się w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego, na podstawie oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów.

5. Jeżeli przedstawienie biletów lub rachunków jest niemożliwe, zwrot kosztów przejazdu następuje na podstawie złożonego oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów według taryf przewozowych dla najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie.

§ 12. 1. Podstawowy okres trwania rehabilitacji leczniczej wynosi 21 dni.

2. Okres trwania rehabilitacji leczniczej może być przedłużony lub skrócony w zależności od potrzeb zdrowotnych i terapeutycznych oraz rokowania przywrócenia zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

§ 13. 1. Umowę o świadczenia i usługi rehabilitacyjne Prezes Kasy zawiera z zakładami rehabilitacji leczniczej innymi niż określone w art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy, po przeprowadzeniu konkursu ofert na świadczenia i usługi rehabilitacyjne, zwanego dalej „konkuresem ofert”.

2. O konkursie ofert Prezes Kasy zawiadamia w ogłoszeniu w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej Kasy.

§ 14. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert zamieszcza się w szczególności:

- 1) nazwę i adres siedziby centrali Kasy;
- 2) szacunkową liczbę osób, których będzie dotyczyć udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych;
- 3) okres, na jaki umowa zostanie zawarta;
- 4) miejsce i termin, w którym można zapoznać się z materiałami informacyjnymi, o których mowa w ust. 2;
- 5) miejsce i termin składania ofert;
- 6) termin związania ofertą – nie dłuższy niż 45 dni od upływu terminu składania ofert;
- 7) miejsce i termin otwarcia ofert;
- 8) zastrzeżenie o prawie do odwołania lub unieważnienia konkursu ofert;
- 9) informację o obowiązku dołączenia do oferty oświadczenia o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia;
- 10) informację o możliwości przesunięcia terminu składania ofert;
- 11) informację o możliwości składania protestów dotyczących konkursu ofert;
- 12) termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Materiały informacyjne zawierają:

- 1) szczegółowe informacje o przedmiocie umowy;
- 2) formularz zgłoszeniowy;

- 3) wskazania i bezwzględne przeciwwskazania medyczne do odbycia rehabilitacji leczniczej;
- 4) projekt umowy;
- 5) informację o obowiązku złożenia oferty na udostępnionym formularzu;
- 6) informacje określające wymagania dla zakładów rehabilitacji leczniczej, dotyczące:
 - a) lokalizacji zakładu rehabilitacji leczniczej,
 - b) bazy hotelowej oraz standardów żywienia,
 - c) kadry medycznej i specjalistycznej,
 - d) wyposażenia w aparaturę leczniczą i diagnostyczną.

3. Do opisu przedmiotu umowy stosuje się art. 140 i art. 141 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.³⁾).

§ 15. 1. Oferta na prowadzenie rehabilitacji leczniczej zawiera:

- 1) nazwę i adres siedziby oferenta;
- 2) opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
- 3) liczbę i kwalifikacje lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego świadczącego usługi rehabilitacyjne;
- 4) proponowaną cenę jednego dnia pobytu, z uwzględnieniem kosztów leczenia, żywienia i zakwaterowania;
- 5) proponowany okres i zakres realizacji zamówienia;
- 6) podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.

2. Oferty składa się w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie, w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu lub w formie dokumentu elektronicznego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.⁴⁾).

3. Dokument elektroniczny powinien być opatrzony bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

§ 16. 1. Konkurs ofert przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Prezesa Kasy w składzie co najmniej 3 osób, spośród których Prezes Kasy wyznacza jedną na przewodniczącego komisji konkursowej.

2. Członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:

- 1) jest oferentem, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organu osoby prawnej występującej jako oferent;
- 2) pozostaje z osobą, o której mowa w pkt 1:
 - a) w związku małżeńskim,
 - b) w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia, przysposobienia, opieki lub kurateli,
 - c) w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje jej małżonek.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 173, poz. 1808, z 2007 r. Nr 50, poz. 331, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 216, poz. 1371, z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 134, poz. 779 oraz z 2012 r. poz. 1445.

3. Członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert składają oświadczenie, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 2.

4. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego dokonuje Prezes Kasy z urzędu, na wniosek członka komisji konkursowej lub oferenta.

§ 17. 1. Prezes Kasy unieważnia konkurs ofert, jeżeli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wybraniem najkorzystniejszej oferty lub ofert, a następnie ogłasza nowy konkurs ofert.

2. W przypadku gdy do konkursu ofert zgłosił się tylko jeden oferent, Prezes Kasy może przyjąć jego ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona warunki wymagane dla prawidłowej realizacji zamówienia.

§ 18. 1. Komisja konkursowa dokonuje otwarcia ofert nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia terminu określonego dla ich złożenia.

2. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:

- 1) stwierdza liczbę złożonych ofert;
- 2) otwiera koperty z ofertami złożonymi w formie pisemnej albo otwiera oferty przesłane w formie dokumentu elektronicznego;
- 3) ustala, które z ofert odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 4) odrzuca oferty, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) uwzględnia w protokole ewentualne wyjaśnienia zgłoszone przez oferentów;
- 6) wybiera najkorzystniejszą ofertę lub oferty albo nie wybiera żadnej.

§ 19. Z przebiegu konkursu ofert sporządza się protokół, który zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i termin konkursu ofert;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) liczbę złożonych ofert;
- 4) wskazanie ofert, które odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) wskazanie ofert, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 6) wskazanie najkorzystniejszej oferty lub ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została wybrana, wraz z uzasadnieniem;
- 7) ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej;
- 8) podpisy członków komisji konkursowej.

§ 20. 1. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych w pełnym składzie.

2. O zakończeniu i wynikach konkursu ofert komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów na piśmie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, jeżeli oferent wyraził zgodę na dokonanie zawiadomienia za pomocą tych środków.

3. Komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

4. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 151 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 21. 1. Oferent w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 20 ust. 2, może złożyć do Prezesa Kasy, na piśmie lub w formie dokumentu elektronicznego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, uzasadniony protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu.

2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

3. Wniesienie protestu wstrzymuje zawarcie umowy.

4. Prezes Kasy rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Prezes Kasy zawiadamia pozostałych oferentów na piśmie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, jeżeli oferent wyraził zgodę na dokonanie zawiadomienia za pomocą tych środków.

6. W przypadku uwzględnienia protestu Prezes Kasy ponownie ogłasza konkurs ofert.

7. Protest nie przysługuje w przypadku odrzucenia wszystkich ofert lub unieważnienia postępowania konkursowego.

§ 22. 1. Z oferentem wybranym przez komisję konkursową Prezes Kasy zawiera umowę w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w terminie 40 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, jeżeli został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. W przypadku braku wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Prezes Kasy ponownie ogłasza konkurs ofert.

3. Umowa nie może być zawarta na okres dłuższy niż rok.

§ 23. 1. Umowa zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie stron umowy;
- 2) określenie liczby miejsc dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej;
- 3) określenie zakresu świadczeń na rzecz osób skierowanych;
- 4) określenie okresu, na który została zawarta umowa;
- 5) wysokość ceny jednego dnia pobytu z uwzględnieniem kosztów leczenia, wyżywienia i zakwaterowania;
- 6) sposób i termin rozliczeń pomiędzy podmiotem prowadzącym zakład rehabilitacji leczniczej a Prezesem Kasy;
- 7) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do zwrotu kosztów przejazdu do zakładu, o których mowa w § 11 ust. 2, osobom skierowanym oraz ich rozliczenia z Prezesem Kasy;
- 8) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do przekazania jednostkom organizacyjnym Kasy, w określonym terminie, informacji o przebiegu i wynikach rehabilitacji leczniczej;
- 9) postanowienie o przyjęciu przez zakład rehabilitacji leczniczej obowiązku poddania się kontroli Prezesa Kasy w zakresie wykonywanej umowy;
- 10) wskazanie okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy.

2. Umowa zawarta z zakładem rehabilitacji leczniczej może zawierać postanowienia dotyczące zaliczek i terminów ich przekazywania przez Prezesa Kasy oraz sposobu i terminów ich rozliczania przez zakład rehabilitacji leczniczej.

3. Wszelkie zmiany w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 24. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.⁵⁾

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi: *S. Kalemba*

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 74, poz. 657), które na podstawie art. 16 ustawy z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637) utraciło moc z dniem 2 lipca 2013 r.

WZÓR

.....
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ****I. Dane osobowe:**

Nazwisko i imię PESEL*

Adres zamieszkania
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)**Dotyczy dzieci**

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka PESEL*

Rodzaj szkoły, klasa

II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie).....
.....
.....**III. Badanie przedmiotowe:** waga wzrost RR / tętno / min

Skóra i węzły chłonne obwodowe:

Układ oddechowy z oceną wydolności:

.....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA:

.....

Układ trawienny:

.....

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

.....

.....

Układ ruchu:

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej:

 samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy
(określić rodzaj niezbędnej pomocy)

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

.....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku (w języku polskim) wg ICD-10

--	--	--

.....

.....

Choroby współistniejące: wg ICD-10
..... wg ICD-10

IV. Aktualne wyniki badań – laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i czytelna pieczęć lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu)

VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Rehabilitacja lecznicza po raz

Opinia o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, przeciwwskazania, rokowanie co do zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym):

.....

.....

.....

VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Skierowanie do

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

* Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.