



**KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**  
**Oddział Regionalny/Placówka Terenowa KRUS w .....**

**WNIOSK**  
**o skierowanie dziecka urodzonego w latach 2000-2008**  
**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

**I. Dane osobowe dziecka**

..... nazwisko i imię data urodzenia PESEL

..... adres miejsca zamieszkania

Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny ? **Tak**  / **Nie**

**II. Badania lekarskie**

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

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

Czy dziecko pozostaje w leczeniu (stałej opiece) lekarza specjalisty ? **Tak**  / **Nie**

Jeśli tak, należy podać jakiego: ortopedy, kardiologa, pulmonologa, neurologa, psychiatry\*, innego .....

(W przypadku stałej opieki lekarza specjalisty, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji leczniczej).

Jeżeli dziecko ma zlecone stałe przyjmowanie leków należy podać ich nazwy, dawkowanie i sposób ich podawania.

.....  
.....

## 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 brzuszna ..... przepuklina .....

### • 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 .....

.....

**Zaburzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.....**  
.....

ogólna ocena stanu psychicznego: .....

.....

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

.....

.....

ogólna ocena sprawności ruchowej: .....

\* właściwe podkreślić

**3. Wyniki badań pomocniczych 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 .....  
 .....  
 .....

Potwierdzenie zdolności dziecka  
 do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych  
 oraz wykluczenie bezwzględnych przeciwwskazań przedstawionych poniżej

TAK	NIE

.....  
 pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
 podpis i pieczętka imienna lekarza

miejsowość i data .....

## **Bezwzględne przeciwwskazania do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne**

- 1) upośledzenie sprawności ogólnej powodujące konieczność stałej opieki i pomocy osoby drugiej w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych tj. ubieraniu się, jedzeniu, myciu i załatwianiu potrzeb fizjologicznych,
- 2) stan wymagający poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego,
- 3) kalectwo wymagające specjalnej, indywidualnej opieki np. niedowidzenie znacznego stopnia, upośledzenie słuchu w stopniu uniemożliwiającym porozumiewanie się mimo posiadanego aparatu słuchowego,
- 4) choroba nowotworowa,
- 5) niewydolność układów: krążenia, oddechowego i moczowego,
- 6) cukrzyca i inne niewyrównane zaburzenia hormonalne i metaboliczne,
- 7) ostre i przewlekłe choroby zakaźne,
- 8) upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne i zachowania (agresja),
- 9) moczenie nocne,
- 10) padaczka,
- 11) ropne i pasożytnicze choroby skóry,
- 12) stany chorobowe, wymagające kontynuacji leczenia z koniecznością kontroli wskaźników morfologicznych lub/i biochemicznych krwi.

### **IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w OR/PT KRUS**

**Kwalifikuję – Tak  / Nie**

**na turnus rehabilitacyjny w ..... w terminie .....**

.....  
/data/

.....  
podpis i pieczętka  
lekarza regionalnego inspektora OR/PT KRUS