



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

**WNIOSK**  
**o skierowanie dziecka urodzonego w latach 1998 - 2006**  
**na turnus rehabilitacyjny z powodu:**

- wad / chorób postawy i narządów 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: .....

.....

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

.....

.....

ogólna ocena sprawności ruchowej: .....

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

miejsce 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**

<b>Kwalifikuję – Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/></b>	
na turnus rehabilitacyjny w ..... w terminie .....	
..... data	..... podpis i pieczętka lekarza regionalnego inspektora OR/PT KRUS

### **V. Informacja wychowawcy klasy o dziecku**

.....

.....

.....

.....

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

pieczętka szkoły

### **VI. Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego**

1. Wyrażam zgodę na leczenie rehabilitacyjne mojego dziecka ..... w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w miejscu i terminie j/w.
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.

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

\* właściwe podkreślić