



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) :

tężec .....  
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 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 .....

**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

miejscowość 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. Poinformowałam/em współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałam/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)





