……
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej/gabinetu

Wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej w trybie ambulatoryjnym

Nazwisko: …… Imię: …… PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

- **ADRES ZAMIESZKANIA**

Kod: ☐☐-☐☐☐ Miejscowość: …… telefon kontaktowy ……
Ulica:…… nr domu …….. nr mieszkania ……

- **SCHORZENIE UKŁADU KRĄŻENIA**

Rozpoznanie (w języku polskim) ……
…… ……Nr statystyczny ……..
Od kiedy pacjent jest na zwolnieniu lekarskim ……..
Pacjent rokuje powrót do pracy po leczeniu

…….. dnia …….. 20……. r. *podpis i pieczęć lekarza* ……...

Informacje dla pacjenta:

1) Wniosek należy złożyć w oddziale ZUS zgodnie z miejscem zamieszkania
2) Zawiadomienie o rozpatrzenie wniosku pacjent otrzymuje pocztą na adres domowy w ciągu 14 dni
3) ZUS pokrywa koszty leczenia, rehabilitacji, wyżywienia, zakwaterowania, dojazdów.
4) Turnus rehabilitacyjny trwa przeciętnie 24 dni i obejmuje kompleksową rehabilitację narządu ruchu