

.....  
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

## WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ / TURNUS REGENERACYJNY\*

### 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\*\* .....

### 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:

poruszający się samodzielnie  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 leczniczej** (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – nie dotyczy rehabilitacji leczniczej osób uprawnionych do emerytury rolniczej i turnusów regeneracyjnych)

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

.....  
(miejsowość i data)

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

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

Rehabilitacja lecznicza / turnus regeneracyjny\* 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 – nie dotyczy turnusów rehabilitacyjnych dla osób uprawnionych do emerytury rolniczej i turnusów regeneracyjnych):

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

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

Skierowanie do .....

Uzasadnienie:

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

.....  
(miejsowość i data)

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

\* Niepotrzebne skreślić.

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

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam **zgode/nie wyrażam**\* zgody na udzielenie wszelkiej pomocy przedmedycznej i medycznej w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka .....

.....  
w trakcie podróży na turnus rehabilitacyjny do CRR KRUS w.....  
w dniu.....

oraz w drodze powrotnej w dniu.....

numer PESEL dziecka: .....

numer kontaktowy: .....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

\* Niepotrzebne skreślić



## Informacje podawane w przypadku pozyskiwania danych osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, iż:

- 1) administratorem danych osobowych Pani/Pana dziecka/Pani/Pana podopiecznego\* jest Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z siedzibą w Warszawie przy al. Niepodległości 190, kod pocztowy 00-608, którą zgodnie z art. 59 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników kieruje Prezes Kasy, reprezentowana przez Dyrektora Oddziału Regionalnego w .....
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (*e-mail*) - [iod@krus.gov.pl](mailto:iod@krus.gov.pl);
- 3) dane osobowe Pani/Pana dziecka/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego\* przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z art. 64 Ustawy o Ubezpieczeniu Społecznym Rolników tj. kierowania na rehabilitację leczniczą do Centrów Rehabilitacji Rolników KRUS na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c, art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 2 lit. a i h w/w rozporządzenia;
- 4) odbiorcą danych osobowych Pani/Pana dziecka/Pani/Pana podopiecznego\* będą Centra Rehabilitacji Rolników KRUS;
- 5) dane osobowe Pani/Pana dziecka/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego\* będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej na podstawie: *nie dotyczy*;
- 6) może Pani/Pan uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego: *nie dotyczy*;
- 7) dane osobowe Pani/Pana dziecka/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego\* będą przechowywane przez okres realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą;
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych Pani/Pana dziecka/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego\* oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dziecka/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego\* narusza przepisy rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 10) podanie przez Panią/Pana danych osobowych Pani/Pana dziecka/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego\* jest niezbędne w procesie kierowania na rehabilitację leczniczą;
- 11) dane osobowe Pani/Pana dziecka/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego\* będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, a także przetwarzane w celach statystycznych.

.....  
Data, miejsce i czytelny podpis rodzica/ów opiekuna/ów prawnego/ych\*

\* niepotrzebne skreślić



**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. W przypadku wystąpienia istotnej zmiany obejmującej stan zdrowia mojego dziecka, która uniemożliwia udział w turnusie rehabilitacyjnym zobowiązuje się do niezwłocznej aktualizacji dokumentów.
7. Osobami upoważnionymi do ewentualnego odbioru dziecka z turnusu są:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....
8. Numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktu w sprawach dziecka:
  - 1) .....
  - 2) .....

.....

(data, podpis, rodzica/opiekuna prawnego)

## Informacja o stanie zdrowia dziecka

### Dane osobowe dziecka:

nazwisko i imię: .....

data urodzenia: .....

PESEL: .....

adres zamieszkania: .....

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności ?      Tak  / Nie

Czy dziecko jest zdolne do samodzielnego funkcjonowania ? Tak  / Nie

Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny?      Tak  / Nie

1. 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).

.....  
.....

2. Czy dziecko przyjmuje leki?      Tak  / Nie

Jeżeli tak, to jakie?

.....  
.....

3. Szczepienia ochronne (rok lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wypisem szczepień):

tężec.....

błonica.....

dur.....

inne.....

.....

4. Inne dane o stanie zdrowia dziecka, takie jak: alergia, choroba lokomocyjna, aparat ortodontyczny, okulary, inne zaopatrzenie.

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