

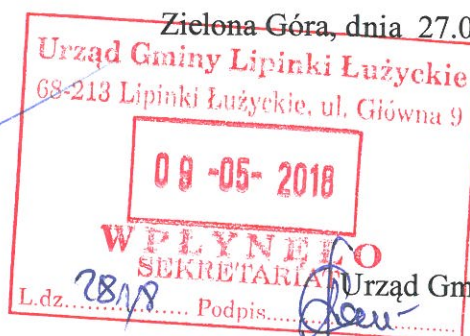


**Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Oddział Regionalny w Zielonej Górze**

ul. Gen. Józefa Bema 44, 65-170 Zielona Góra
tel.: (68) 452-31-00 do 07, Informacja 452-31-01, fax 452-31-10
www.krus.gov.pl, e-mail: zielonagora@krus.gov.pl

1600-ZPRO.821.32.2018

R. Górska-Lisa
9.05.18



Urząd Gminy Lipinki Łużyckie
Ul. Główna 9
68-213 Lipinki Łużyckie

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział Regionalny w Zielonej Górze, zwraca się z uprzejmą prośbą o rozpowszechnienie informacji o organizowaniu przez KRUS w okresie wakacji w 2018 roku, nieodpłatnych turnusów rehabilitacyjnych dla dzieci urodzonych w latach 2003 – 2011 (7-15 lat), których przynajmniej jeden z rodziców (prawnych opiekunów) podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy. Jeżeli ubezpieczony jest na wniosek w pełnym zakresie - ubezpieczenie powinno trwać nieprzerwanie co najmniej rok.

Wskazaniem do pobytu dzieci na turnusach z KRUS są wady postawy, choroby układu ruchu lub układu oddechowego.

Wskazania medyczne do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne:

- z chorobami układu oddechowego:

- 1) przewlekły nieżyt górnych dróg oddechowych,
- 2) nawracające infekcje gardła i zatok obocznych nosa,
- 3) stan po przebytych zapaleniu płuc i opłucnej,
- 4) przewlekłe choroby układu oddechowego o podłożu alergicznym, w tym spastyczny nieżyt oskrzeli i astma oskrzelowa w okresie wydolności oddechowej,

- z wadami postawy i chorobami układu ruchu:

- 1) wady postawy i deformacje kostne,
- 2) boczne skrzywienie kręgosłupa,
- 3) koślawość i szpotawość kończyn – stany wymagające ćwiczeń korekcyjnych,
- 4) płaskostopie (płasko koślawość) i stopy końsko-szpotawe,
- 5) stany pourazowe i po operacjach korekcyjnych narządu ruchu,
- 6) upośledzenie funkcji układu ruchu w następstwie chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, w tym niedowład

spastyczny pochodzenia mózgowego u dzieci z prawidłowym rozwojem umysłowym.

Podstawą skierowania dziecka jest wniosek o skierowanie na rehabilitację leczniczą. Wniosek powinien być wystawiony przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę w leczeniu którego pozostaje dziecko. Do wniosku obligatoryjnie powinien zostać dołączony formularz z informacją o stanie zdrowia, wraz z dokumentacją medyczną związaną z leczeniem specjalistycznym dziecka oraz z oświadczeniem rodzica/opiekuna prawnego zawierające m.in. zgodę na przetwarzanie danych osobowych .

Wnioski od zainteresowanych rolników z województwa lubuskiego przyjmuje Oddział Regionalny w Zielonej Górze do 15.05.2018r. po uprzednim wypełnieniu skierowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę.

Wnioski dostępne są w siedzibie Oddziału i Placówkach Terenowych lub na stronie www.krus.gov.pl

Więcej informacji (termin, miejsce) można uzyskać pod nr tel 68 452 31 06.

Załączniki:

- Wniosek o skierowanie na rehabilitację leczniczą
- Informacja o stanie zdrowia dziecka/ opiekuna prawnego

WZÓR

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

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

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 *

Rodzaj szkoły, klasa

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:

samodzielnie poruszający się 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 (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)

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

.....
(miejsowość i data)

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

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

Rehabilitacja lecznicza 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):

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

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)

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

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 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 (data 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.

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

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)