

Pieczczę Ośrodka
Umowa nr

Ułtman, dnia *16.11.2016*

**Wniosek o skrócenie/przedłużenie
rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS**

Na podstawie § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne /Dz.U. Nr 131, poz. 1457/ wnoszę o skrócenie / przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Pani/Pan *K. LIS SEBASTYAN* PESEL XXXXXXXXXX
Zawód *Kierownik*

Data rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej - pierwszy dzień pobytu *05.11.2016*

Wnioskowana data skrócenia rehabilitacji - ostatni dzień pobytu *16.11.2016*

Wnioskowana data przedłużenia rehabilitacji - ostatni dzień pobytu

Rozpoznanie z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS *Stan po urazie kręgosłupa, uszkodzenie p.ł. i tkanki miękkiej, stan po urazach, bez leczenia specjalnego*

Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym (w języku polskim) *Stan po urazach, kręgosłupa, bez leczenia specjalnego*

Dotychczas osiągnięte efekty rehabilitacji leczniczej *Brak objawów bólowych, poprawa samopoczucia, zmniejszenie bólu, odciążenie kręgosłupa, zwiększenie zakresu ruchomości, poprawa postawy ciała, odciążenie kręgosłupa*

Uzasadnienie wniosku o skrócenie/przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Stan po urazach, kręgosłupa, bez leczenia specjalnego, brak objawów bólowych, poprawa samopoczucia, zmniejszenie bólu, odciążenie kręgosłupa, zwiększenie zakresu ruchomości, poprawa postawy ciała, odciążenie kręgosłupa

Po przedłużeniu rehabilitacji w/w roku/nie rokuje odzyskanie zdolności do pracy. *nie*

[Signature]
podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie

[Signature]
podpis i pieczęć ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego

Zgoda Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	Brak zgody Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
skrócenie rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu <i>16.11.2016</i>	
- przedłużenie rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu	
Warszawa, dnia <i>15.11.2016</i>	
	ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH DEPARTAMENT PREWENCJI I REHABILITACJI FIZJOTERAPIUTA <i>[Signature]</i> mgr Katarzyna Ułtman podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

niepotrzebne skreślić
wypełnić odpowiedni wiersz
mgr fizjoterapii może wyrazić zgodę tylko w przypadku skrócenia