

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 (płaskokoślawość) 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.

UWAGA:

Do CRR KRUS w Horyńcu Zdroju i Jedlcu mogą być kierowane dzieci, u których poza chorobą układu ruchu, stanowiącą podstawę kierowania na rehabilitację, współistnieją przewlekłe i nawracające nieżyty górnych dróg oddechowych.



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
Oddział Regionalny / Placówka Terenowa KRUS

W

WNIOSEK
o skierowanie dziecka urodzonego w latach 2002- 2010
na turnus rehabilitacyjny z powodu:

- ☐ wad postawy i chorób układu ruchu
- ☐ chorób układu oddechowego

Dane rodzica/opiekuna prawnego ubezpieczonego w KRUS

.....
nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
telefon

.....
adres zamieszkania

I. Dane osobowe dziecka

.....
nazwisko i imię

.....
data urodzenia

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności ?
Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny?

Tak ☐ / Nie ☐
Tak ☐ / Nie ☐

II. Badania lekarskie

1. Wywiad (zgłaszane dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

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) :

teżec

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 brzusznaprzepuklina

• 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
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)

pieczęć 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. Poinformowałem/em współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałem/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)