

/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

Wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej

Nazwisko

Imię

Data urodzenia..... 19.... r

PESEL .

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania :

ulica.....

nr domu..... nr mieszkania.....

kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--	--

mięscowość.....

województwo.....

telefon.....

Adres do korespondencji :*

ulica.....

nr domu..... nr mieszkania.....

kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--	--

mięscowość.....

województwo.....

telefon.....

Adres zakładu pracy :

Nazwa zakładu pracy.....

ulica.....

nr domu.....

kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--	--

mięscowość.....

województwo.....

tel.....

Schorzenie dotyczy narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, schorzenie psychosomatyczne**

Rozpoznanie. (w języku polskim)

Nr. statystyczny

Choroby współistniejące.....

Nr. statystyczny.....

Od kiedy pacjent jest na zwolnieniu lekarskim.....

Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji)

..... dnia 200. r.

/ podpis i pieczęć lekarza /

* nie wypełniać jeśli taki sam jak adres zamieszkania

** niepotrzebne skreślić