



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) :

tężec .....

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 brzuszna .....przepuklina .....

### • 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 |
|-----|-----|
|     |     |

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

| TAK | NIE |
|-----|-----|
|     |     |

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
podpis i pieczęć imienna lekarza

miejsowość 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 pieczęć  
lekarza regionalnego inspektora  
oddziału regionalnego/placówki terenowej KRUS



