**Załącznik nr 2**

## I.1. Formularz oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej[[1]](#endnote-1)

**1. Informacje dotyczące osoby badanej**

PESEL

Nazwisko (nazwiska)

Imię (imiona)

Data urodzenia

☐Kobieta

☐ Mężczyzna

Płeć

**2. Sporządzono na podstawie**

2018-12-22

2.1 Badania bezpośredniego w dniu

2.2 Dokumentacji medycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Data dokumentacji medycznej | Specjalność lekarza | Czy dokumentacja jest dołączona ? |
|  |  |  | NIE |
|  |  |  | Wybierz element. |

2.2.1. Rehabilitacja lecznicza przebyta: ☒Tak ☐Nie

Terminy, opis i wyniki rehabilitacji

**2.3 Kwalifikacje zawodowe i zatrudnienie**

2.3.1 Rodzaj ostatnio oraz wcześniej wykonywanej pracy według oświadczenia osoby badanej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Praca | OD | DO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2.3.2 Wykształcenie/szkolenia

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wykształcenie i szkolenia odbyte przez osobę badaną |
|  |  |

2.3.3 Czy badana osoba nadal pracuje?

☒ Tak

☐Nie

☐Nie wiadomo

2.3.3.1 liczba godzin w ciągu dnia

2.3.4 Wydane orzeczenie o niezdolności do pracy ☒Tak ….. ☐ Nie

od

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

2.3.5 Zakończenie pracy w dniu

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

2.3.6 Powód zakończenia pracy

2.3.7 Wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☒Tak ….. ☐ Nie

od

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**3. Historia choroby badanej osoby i dane o aktualnym stanie zdrowia**

**3.1 Choroba powodująca ograniczenie zdolności do pracy**

[**Łącze do ICD-10**](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rozpoznanie | Kod ICD-10 |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.1.1 Aktualne dolegliwości

3.1.2 Lekarze, którzy obecnie

leczą badaną osobę

(specjalizacje)

3.1.3 Aktualnie przyjmowane

leki (nazwy generyczne i dawkowanie)

3.1.4 Inne choroby/

przebyte operacje

**3.2 Wypadki przy pracy/choroby zawodowe**

☒Tak

☐Nie

☐Nie wiadomo

3.2.1 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/ jest

następstwem wypadku?

3.2.1.1 Rodzaj wypadku

* w pracy
* w drodze do lub z pracy
* w szczególnych okolicznościach
* w czasie służby

3.2.1.2 Data wypadku

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

3.2.2 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/jest

☒Tak

☐Nie

☐Nie wiadomo

następstwem choroby zawodowej?

[Łącze do ICD-10](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rozpoznanie | Data stwierdzenia choroby zawodowej | Kod ICD-10 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Główne ustalenia dotyczące funkcji i budowy ciała oraz stanu psychicznego**

**4.1 Stan ogólny**

4.1.1 Wzrost …...cm

4.1.2 Masa ………kg

4.1.3 Wskaźnik masy ciała (BMI)

**4.2 Zaburzenia lub utrata sprawności**

☐Tak

☐Nie

Widzenie

☐Lewe

☐Prawe

Oko

☐Tak

☐Nie

Ostrość wzroku

☐Lewe

☐Prawe

Oko

Inne problemy z widzeniem

opis

Słuch

☐Tak

☐Nie

☐Lewe

☐Prawe

ucho

Zmiany organiczne utrudniające

☐Tak

☐Nie

komunikowanie się

opis

☐Tak

☐Nie

Zaburzenia psychiczne utrudniające

komunikowanie się

opis

☐Tak

☐Nie

Napięcie mięśniowe (tonus)

- zwiększone

- obniżone

Wybierz

Siła mięśni

☐Tak

☐Nie

Wybierz

- prawidłowa

- zmniejszona

☐Tak

☐Nie

Ruchy mimowolne

opis

**Zaburzenia w strukturach ciała** (krótki opis)

* Struktura układu nerwowego
* Oko, ucho i struktury powiązane
* Struktury związane z głosem i mową
* Struktura układu krążenia,

odpornościowego i oddechowego

* Struktury układu trawiennego,

układu wewnątrzwydzielniczego   
i struktury związane z metabolizmem

* Struktury układu moczowo-płciowego

i struktury związane z rozrodem

* Struktury związane z ruchem
* Skóra i przydatki skóry

Uwagi dodatkowe

**5. Aktywność**

5.1. Czy nastąpiła zmiana (ograniczenie) aktywności w życiu codziennym

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie wiadomo

5.1.1. Czy zmiana w wykonywaniu codziennych czynności spowodowana jest upośledzeniem funkcji organizmu w przebiegu choroby powodującej niezdolność do pracy?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie wiadomo

Jakie upośledzenie funkcji organizmu

ogranicza wykonywanie

czynności dnia codziennego?

5.2. Czy nastąpiła utrata sprawności w zakresie następujących funkcji (w tym ograniczenia czasowe w ich wykonywaniu):

5.2.1 Podstawowa aktywność ruchowa

☒Tak

☐Nie

5.2.1.1 Siedzenie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.1.2 Stanie

☒Tak

☐Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.1.3 Chodzenie

☒Tak

☐Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Inne niewymienione

wcześniej czynniki związane

z poruszaniem się (np. sprzęt

pomocniczy, ortopedyczny)

☒Tak

☐Nie

5.2.1.4 Klękanie/ kucanie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.2 Tułów

☐Tak

☐Nie

5.2.2.1 Pozycja pochylona

*Opis upośledzenia sprawności*

☐Tak

☐Nie

5.2.2.2 Częste schylanie się lub

skręcanie tułowia

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.3 Ramiona

☐Tak

☐Nie

Wyciąganie ramion

*Opis upośledzenia sprawności*

☐Tak

☐Nie

Unoszenie ramion

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.4 Ręce

☐Tak

☐Nie

Używanie rąk, posługiwanie się palcami rąk

*Opis upośledzenia sprawności*

☐Tak

☐Nie

Wykonywanie ruchów precyzyjnych

*Opis upośledzenia sprawności*

Tak

☐Nie

Wykonywanie powtarzalnych ruchów

*Opis upośledzenia sprawności*

☐Tak

☐ Nie

Używanie siły rąk

*Opis upośledzenia sprawności*

☐Lewa

☐Prawa

Ręka dominująca

**5.3 Stan psychiczny - opisz upośledzenie sprawności organizmu w następującym zakresie**

☐Tak

☐Nie

Choroba psychiczna

opis

☐Tak

☐Nie

Znaczące zaburzenia osobowości

opis

☐Tak

☐Nie

Trudności w uczeniu się

opis

Nadużywanie alkoholu

☐Tak

☐Nie

lub innych substancji

opis

Zmiany chorobowe

☐Tak

☐Nie

lub pourazowe mózgu

opis

☐Tak

☐Nie

Zaburzenia pamięci

opis

Zaburzenia koncentracji

☐Tak

☐Nie

opis

Inne zaburzenia psychiczne,

☐Tak

☐Nie

poznawcze lub intelektualne

opis

Jeśli odpowiedź na którekolwiek powyższe pytanie brzmi „Tak” odpowiedz na dodatkowe pytania dotyczące zdrowia psychicznego badanej osoby

Czy osoba badana miała objawy paranoidalne,

☐Tak

☐Nie

urojenia, halucynacje lub inne wyraźne objawy,   
lub zachowania psychotyczne na przestrzeni   
ostatnich sześciu miesięcy?

opis

Czy osoba badana wymaga stałej opieki lub nadzoru

☐Tak

☐Nie

z wyżej wymienionych powodów?

opis

Jak często jest badana przez

psychiatrę?

**5.4 Badania dodatkowe**

☒Tak – zob. załącznik

☐Nie

Spirometria

☒Tak – zob. załącznik

☒Nie

EKG (spoczynkowe / wysiłkowe)

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

USG metodą Dopplera

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

USG

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

Badanie rentgenowskie

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

MRI i inne badania obrazowe

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

Wyniki badań laboratoryjnych

☐Tak – zob. załącznik

☐Nie

Inne badania i opinie specjalistów

opis

**6. Wnioski dotyczące stanu zdrowia osoby badanej**

6.1 Przebieg choroby

6.2 Opis naruszenia sprawności

(funkcji)

**7. Ocena zdolności do pracy**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

7.1. Zdolność do pracy jest ograniczona od

☐Tak

☐Nie można stwierdzić

☐Nie

☐ Rehabilitacji kompleksowej

7.2. Zdolność do pracy może się poprawić

W wyniku

7.3. Przewidywany termin poprawy

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**Informacja dla lekarza badającego i wypełniającego formularz:**

1. Proszę przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe badanej osoby oraz analizę dokumentów medyczno - zawodowych.
2. Proszę wynik badania i ocenę wpisać do poszczególnych punktów ***Formularza w sprawie oceny niezdolności do pracy*/*niepełnosprawności*** - służącego kwalifikacji uczestników do rehabilitacji kompleksowej.

W przypadku stwierdzenia (w punkcie 7.1.), że zdolność do pracy jest ograniczona, a rehabilitacja kompleksowa (zaznaczona w punkcie 7.2.) może tę zdolność poprawić, proszę wypełnić ***Kartę oceny funkcjonalnej ICF*** ***w modelu rehabilitacji kompleksowej* -** służącej kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej.

## I.2. Karta Oceny Funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ – ICF W MODELU REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ** | | | | |
| **Nr** | |  | | |
| **Data oceny** | |  | | |
| **Osoba wypełniająca kartę** | |  | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | | |
| **Numer uczestnika w ORK** | |  | | |
| **SEKCJA I – informacja dla lekarza wypełniającego kartę oceny funkcjonalnej** | | | | |
| Sekcja II Karty jest podzielona na 3 części: **Komunikację, Aktywność w życiu codziennym, Podstawowe umiejętności i przystosowanie.**  Po przeprowadzeniu badania należy:  1. ocenić stopień ograniczenia w wykonywaniu przez badaną osobę określonych czynności,  2. ocenę zapisać w postaci liczby punktów, gdzie:  **0 punktów to BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)**  **1 punkt to NIEZNACZNY problem (niewielki, mały)**  **2 punkty to UMIARKOWANY problem (średni, spory)**  **3 punkty to ZNACZNY problem (wielki, silny)**  **4 punkty to SKRAJNIE DUŻY problem (zupełny),**  3. punktację zapisać w odpowiedniej kolumnie (**Liczba punktów**) Sekcji II.  W ostatniej kolumnie Sekcji II (Kod ICF) zostały informacyjnie zamieszczone odpowiednie kody Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).  W tej Karcie oceniamy aktywność i uczestniczenie badanego w różnych dziedzinach życia. Aktywność jest to wykonanie przez osobę zadania lub podjęcie działania, a uczestniczenie jest to angażowanie się osoby w określone sytuacje życiowe. Ograniczenia aktywności są to trudności, jakie osoba może mieć w podejmowaniu działań, a ograniczenia uczestniczenia są to problemy utrudniające angażowanie się w sytuacje życiowe. Aktywność i uczestniczenie w klasyfikacji ICF posiada dwa kwalifikatory, którymi możemy posłużyć się, określając stopień nasilenia problemu zdrowotnego, tj. wykonanie i zdolność.  Kwalifikator *wykonanie* opisuje, „co osoba robi” – w swoim aktualnym środowisku i warunkach społecznych: z urządzeniami wspomagającymi, pomocą osób trzecich lub barierami.  Kwalifikator *zdolność* używany jest w celu opisania możliwości osoby, które nie są zwiększone przez urządzenia wspomagające lub pomoc innych osób (czyli co osoba „może zrobić”, niezależnie od środowiska).  W tym formularzu należy uwzględnić jedynie kwalifikator *wykonanie* z ogólną pięciostopniową (0- 4) skalą. | | | | |
| **SEKCJA II - OCENA FUNKCJONALNA W OPARCIU O KLASYFIKACJĘ ICF** | | | | |
| **Obszar** | **Problem do oceny** | | **Liczba punktów** | **Kod ICF** |
| **KOMUNIKACJA** | | | | |
| 1. Orientacja co do czasu, miejsca i własnej osoby | Czy badany jest zorientowany co do czasu, miejsca i własnej osoby? | |  | b114 Funkcje orientacji |
| 1. Porozumiewanie się werbalne | Czy badany ma kłopoty z rozumieniem mowy? | |  | d310 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne |
| 1. Porozumiewanie się werbalne | Czy badany ma kłopoty z mówieniem? | |  | d330 Mówienie |
| 1. Porozumiewanie pozawerbalne | Czy badany ma kłopoty z tworzeniem i rozumieniem wiadomości niewerbalnych? | |  | d315 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości niewerbalne |
| 1. Czytanie | Czy badany rozumie przeczytany tekst? | |  | d325 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości pisane |
| 1. Prowadzenie rozmowy | Czy badany potrafi przekazać swoje poglądy w rozmowie  z jedną/ wieloma osobami? | |  | d350 Rozmowa |
| 1. Podstawowe kontakty międzyludzkie | Czy badany utrzymuje podstawowe kontakty międzyludzkie, ma znajomych, przyjaciół, spotyka się z nimi? | |  | d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie |
| 1. Złożone kontakty międzyludzkie | Czy badany nawiązuje i utrzymuje kontakty z innymi ludźmi w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie? | |  | d720 Złożone kontakty międzyludzkie |
| **Suma punktów w obszarze - Komunikacja:** | | | | |
| **AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU CODZIENNYM** | | | | |
| 1. Zmiana pozycji ciała | Czy badany zmienia pozycję ciała bez trudności: przy wstawaniu, siadaniu, zginaniu się, i kładzeniu się? | |  | d410Zmienianie podstawowej pozycji ciała |
| 1. Utrzymywanie pozycji ciała | Czy badany może pozostawać w tej samej pozycji ciała przez dłuższy czas, np. podczas stania lub siedzenia? | |  | d415 Utrzymywanie pozycji ciała |
| Poruszanie się poza domem na duże odległości | Czy badany porusza się samodzielnie na dłuższe dystanse tj. co najmniej 1 kilometr? | |  | d4501 Chodzenie na duże odległości |
| 1. Precyzyjne używanie ręki | Czy badany potrafi sprawnie posługiwać się  przedmiotami? | |  | d440 Precyzyjne używanie ręki |
| 1. Zaspokajanie podstawo-wych potrzeb bytowych | Czy badany potrafi zadbać o wyposażenie domu i samodzielnie dokonać zakupów (np. żywności, napojów, odzieży, mieszkania)? | |  | d610 Nabywanie miejsca zamieszkania  d620 Nabywanie dóbr i usług |
| 1. Zadania w gospodarstwie domowym | Czy badany potrafi samodzielnie przygotować posiłki? | |  | d630 Przygotowywanie posiłków |
| 1. Zadania w gospodarstwie domowym | Czy badany samodzielnie wykonuje podstawowe czynności domowe (np. pranie, sprzątanie, wynoszenie śmieci)? | |  | d640 Wykonywanie prac domowych |
| 1. Samodzielne pozostanie na kilka dni | Czy badany może samodzielnie pozostać na kilka dni? | |  | d510-d650 Połączenie wielu zadań związanych z samoopieką i życiem domowym |
| **Suma punktów w obszarze- Aktywność w życiu codziennym:** | | | | |
| **PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI I PRZYSTOSOWANIE** | | | | |
| 1. Czytanie, pisanie, liczenie | Czy badany ma problem z czytaniem, pisaniem i liczeniem? | |  | d166 Czytanie  d170 Pisanie  d172 Liczenie |
| 1. Gospodarowanie pieniędzmi | Czy badany potrafi robić zakupy, zna wartość pieniądza? | |  | d860 Podstawowe transakcje finansowe |
| 1. Używanie urządzeń elektronicznych | Czy badany posiada umiejętność korzystania z komputera? | |  | d360 - Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się |
| 1. Realizowanie dziennego rozkładu zajęć | Czy badany ma ustalony rozkład zajęć i żyje według niego? | |  | d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć |
| 1. Nabywanie umiejętności | Czy badany poszerza swoją wiedzę poprzez czytanie, uczenie się nowych umiejętności? | |  | d155Nabywanie umiejętności  d130 - d159 podstawy uczenia się  d825 Szkolenie zawodowe |
| 1. Rozwiązywanie problemów (prostych i złożonych) | Czy badany potrafi rozwiązywać problemy, korzystając z wcześniejszych doświadczeń? | |  | d175 Rozwiązywanie problemów  d177 Podejmowanie decyzji |
| 1. Praca w zespole | Czy badany potrafi działać w zespołach, np. podejmować działania w grupie, podlegać nadzorowi. | |  | d850 Zatrudnienie za wynagrodzeniem  d855 Praca bez wynagrodzenia  d740 Kontakty oficjalne |
| 1. Dbałość o własne zdrowie | Czy badany należycie dba o własne zdrowie, poddaje się leczeniu i rehabilitacji? | |  | d570 Troska o własne zdrowie |
| 1. Motywacja | Czy badany jest zmotywowany do świadomego działania  na rzecz zaspokajania potrzeb? | |  | b1301 Motywacja |
| **Suma punktów w obszarze - Podstawowe umiejętności i przystosowanie:** | | | | |
| **SEKCJA III - KWALIFIKACJA DO KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI**  ☐ **NIE**  ☐ **TAK**   1. Po obliczeniu punktacji w każdym z 3 obszarów **(Komunikacji, Aktywności w życiu codziennym i Podstawowych umiejętności i przystosowania**) lekarz powinien ocenić, czy badany kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji. 2. Zasadą jest, że do rehabilitacji kompleksowej kwalifikuje się osobę, która uzyskała **nie więcej niż 10 punktów** w każdym z ocenianych obszarów kwestionariusza. 3. Jeśli badany uzyska więcej niż 10 punktów z poszczególnych obszarów, a lekarz uzna, że ma wskazania do rehabilitacji kompleksowej, to powinien taką opinię wydać i uzasadnić swoje stanowisko.   Pani/Pan ................................................................... kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji.  (*imię i nazwisko osoby badanej*)  **Uzasadnienie** (należy wypełnić w przypadku sytuacji opisanej w punkcie 3):  ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ………………………….…………………….............................  *(miejscowość, data, pieczątka i podpis lekarza)* | | | | |

## I.3. Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OPINII PSYCHOLOGA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Nazwisko psychologa** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |

Opinia psychologiczna[[2]](#footnote-1):

**A - potencjał umysłowy/intelektualny** (do uczenia się nowej wiedzy i umiejętności); zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, MINIMENTAL - *Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego* (MMSE), GHQ – *Ocena Zdrowia Psychicznego*. (ocena-wybrać)

wystarczający ograniczony

|  |
| --- |
| Uzasadnienie oceny: |

**B - osobowość/ akceptacja stanu, gotowość do zmiany, cele jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji**; zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, AIS-*Skala Akceptacji Choroby (Niepełnosprawności)*, LOTR – *Test Orientacji Życiowej*, GSES – *Skala Uogólnionej Własnej* *Skuteczności*, MHLC -*Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia,* (ocena-zakreśl jeden z każdej pary)

akceptacja/brak akceptacji cele sformułowane/niesformułowane (brak) realne/nierealne

|  |
| --- |
| Uzasadnienie oceny: |

**C -** **motywacja uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji**; zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, LMI/LMI-K–*Inwentarz Motywacji Osiągnięć*, KNS-*Kwestionariusz Nadziei na Sukces*. (ocena-wybrać)

b. wysoka wysoka średnia niska b. niska

|  |
| --- |
| Uzasadnienie oceny: |

**D - Podsumowanie/rekomendacja**

* rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej
* nie rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej

|  |
| --- |
| Uzasadnienie oceny: |

Podpis Psychologa

## I.4. Oświadczenie skierowanego kandydata

**Oświadczenie**

**o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[3]](#footnote-2)

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu[[4]](#footnote-3)

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z warunkami realizacji programu rehabilitacji kompleksowej, stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych oraz dokumentacji stanowiącej podstawę zakwalifikowania do programu rehabilitacji kompleksowej do ośrodka rehabilitacji kompleksowej.

……………………………………………… …………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko Uczestnika pilotażu)*

## I.5. Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu

**Zawiadomienie**

**o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[5]](#footnote-4)

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu[[6]](#footnote-5)

W postępowaniu prowadzonym przez ………………………………………………………………………. [[7]](#footnote-6) została Pani/został Pan zakwalifikowana(y) do programu rehabilitacji kompleksowej realizowanego w ramach projektu UE pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

O dalszym przebiegu postępowania związanego z realizacją programu rehabilitacji będzie Pani/Pan informowana(y) przez PFRON.

……………………………………………… …………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) ( imię i nazwisko, pieczątka służbowa pracownika instytucji / podmiotu)*

## I.6. Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej

…………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

(nazwa i dane teleadresowe organu wydającego orzeczenie)

**ORZECZENIE**

**o potrzebie rehabilitacji kompleksowej**

**z dnia ……………………………………………..**

**Wydane w sprawie Pani/Pana**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[8]](#footnote-7)

Data urodzenia

**Stwierdzono potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji kompleksowej.**

(dodatkowe informacje – pole tekstowe)

**………………….. ……………………………………………………………………………………………**

Miejscowość i data Pieczątka i podpis lekarza orzekającego/zespołu orzekającego

## I.7. Informacja o skierowaniu

…………………………….. dnia…………………………

Nazwa podmiotu kierującego

………………………………………………………………………………

adres: ……………………………………………………………

**INFORMACJA O SKIEROWANIU NA KOMPLEKSOWĄ REHABILITACJĘ**

**w ramach Projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”**

kieruję Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………PESEL………………………… ………..

adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………… …………….

telefon…………………………………………………………………………..mail………………………………………………………… ………………..

do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej……….……………………………………………………………………………… …………………

(nazwa podmiotu)

w………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………..

(adres podmiotu)

**na kompleksową rehabilitację**

Termin zgłoszenia ……………………………………………………

W ORK proszę przedstawić:

1. informację o skierowaniu na kompleksową rehabilitację,
2. dokument tożsamości,
3. Pani/Pana dokumentację medyczną (w tym: klisze lub płyty CD z badaniami rentgenowskimi, tomografią komputerową, rezonansem magnetycznym- jeśli były wykonywane),
4. bilety za przejazdy, jeśli korzysta Pani/Pan z publicznego transportu zbiorowego.

Proszę też podać nr NIP Pani/Pana pracodawcy (lub innego płatnika składek na Pani/Pana ubezpieczenie społeczne) – będzie potrzebny do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, jeżeli zajdzie taka konieczność.

Jeśli nie będzie Pani/Pan mogła/mógł zgłosić się do ORK w wyznaczonym terminie, proszę niezwłocznie poinformować

…………………………………………………………………………..telefon…………………………………mail……………………………………...

Do wiadomości podpis i pieczęć upoważnionej osoby

ORK ……………………………………………………………………….

adres ………………………………………………………………………

**Informacja dla osoby skierowanej na kompleksową rehabilitację w systemie stacjonarnym   
(z zakwaterowaniem i noclegiem w ORK).**

1. Rehabilitacja kompleksowa odbywa się przez 5 dni roboczych w tygodniu.
2. Lekarz prowadzący kompleksową rehabilitację w ośrodku ORK decyduje o zabiegach leczniczych.
3. Prowadzona kompleksowa rehabilitacja nie może rozpoczynać się wcześniej niż o 830.
4. Doba hotelowa dla osób skierowanych do ORK trwa od godziny 000 w dniu przyjazdu do godziny 2400 w dniu wyjazdu.
5. ORK zapewnia zakwaterowanie i pełne wyżywienie od pierwszego do ostatniego dnia pobytu.
6. ORK decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach.
7. ORK zapewnia bezpłatne miejsca parkingowe
8. ORK zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych.
9. ORK udostępnia:

* ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane co najmniej raz na tydzień,
* bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz na trzy tygodnie.

1. Ośrodek zapewnia pacjentom możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów.
2. Proszę zabrać ze sobą:

* leki, które przyjmuje Pani/Pan,
* odzież i obuwie sportowe,
* strój kąpielowy.

**Informacja dla osoby skierowanej na rehabilitację w systemie ambulatoryjnym (bez noclegu w ORK).**

1. Rehabilitacja kompleksowa odbywa się przez 5 dni roboczych w tygodniu.
2. Lekarz prowadzący kompleksową rehabilitację w ośrodku ORK decyduje o zabiegach leczniczych.
3. Prowadzona kompleksowa rehabilitacja nie może rozpoczynać się wcześniej niż o godzinie 830.
4. ORK zapewnienia ciepły posiłek - obiad od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu
5. Ośrodek ORK zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu.
6. Ośrodek ORK zapewnia bezpłatne miejsca parkingowe
7. Proszę zabrać ze sobą odzież i obuwie sportowe oraz strój kąpielowy.

**Ważne!**

Proszę zapoznać się z regulaminem ORK, w którym korzysta Pani/Pan z kompleksowej rehabilitacji. Jeśli nie dostosuje się Pani/Pan do zapisów regulaminu (dotyczących np. nadużywania alkoholu), ORK ma prawo skrócić kompleksową rehabilitację z przyczyn dyscyplinarnych.

Ośrodek ORK informuje PFRON o przyczynach skrócenia rehabilitacji.

1. [↑](#endnote-ref-1)
2. Zapisy z wywiadu i rozmowy oraz wyniki zastosowanych testów stanowią załącznik konieczny przekazany do dokumentacji Kandydata [↑](#footnote-ref-1)
3. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości. [↑](#footnote-ref-2)
4. prosimy o podanie numeru telefonu lub adresu e-mail. [↑](#footnote-ref-3)
5. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości. [↑](#footnote-ref-4)
6. należy podać numer telefonu lub adres e-mail. [↑](#footnote-ref-5)
7. należy uzupełnić nazwę instytucji, podmiotu, w którym zostało wydane orzeczenie o zakwalifikowaniu do rehabilitacji kompleksowej – odpowiednio: ZUS, KRUS, MON, MSWiA, zespół do spraw orzekania o  niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-6)
8. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości [↑](#footnote-ref-7)