

SPECYFIKACJA WYMAGAŃ DLA OŚRODKA REALIZUJĄCEGO UMOWĘ		Liczba wymaganej kadry/sprzętu we wskazanym module			Waga naruszenia	Warunki naliczenia kary
		10	15	25		
Lp.	<b>NARZĄD RUCHU W SYSTEMIE AMBULATORYJNYM</b>					
1.	<b>Wymagania dotyczące lokalizacji obiektu rehabilitacyjnego, w którym realizowana jest umowa</b>					
1.1.	Obiekt rehabilitacyjny to budynek, w którym będzie realizowana rehabilitacja lecznicza.					
1.2.	Obiekt rehabilitacyjny znajduje się na terenie miejscowości określonej przez ZUS.					
1.3.	Do ośrodka rehabilitacyjnego jest możliwy dojazd ogólnodostępnymi środkami komunikacji.				2	
1.4.	Ośrodek wielokondygnacyjny musi posiadać w obiekcie windę osobową dojeżdżającą do każdej kondygnacji, na której znajdują się wszystkie gabinety, pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, sala rekreacyjno-wypoczynkowa.					
2.	<b>Wymagania dotyczące bazy zabiegowej</b>					
2.1.	Ośrodek zapewnia osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich:					
	a. bezpieczny i samodzielny dostęp do obiektu rehabilitacyjnego i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, sali rekreacyjno-wypoczynkowej, bez konieczności opuszczania obiektu rehabilitacyjnego.				3	
	b. miejsce parkingowe dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.				1	
2.2.	Ośrodek posiada w udostępnionym obiekcie salę rekreacyjno-wypoczynkową.				3	
2.3.	Ośrodek zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu osób skierowanych w obiekcie.				3	
2.4.	Ośrodek zapewnia właściwe warunki sanitarne w udostępnionych gabinetach, pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji oraz sali rekreacyjno-wypoczynkowej, zgodnie z aktualnymi przepisami sanitarnymi.				3	
3.	<b>Wymagania dotyczące gabinetów i sal oraz ich wyposażenia</b>					
3.1.	Aparatura lecznicza i diagnostyczna, w którą wyposażone są gabinety musi być zamontowana, gotowa do użytku i sprawna.				4	
<b>Gabinety medyczne</b>						

3.2.	Gabinet lekarski wyposażony m.in. w: biurko, krzesła i kozetkę do badania.	1	1	1	3	
3.3.	Gabinet pielęgniarki wyposażony w:	1	1	1	3	
	a. defibrylator	1	1	1	3	
	b. aparat do EKG	1	1	1	3	
	c. zestaw leków i sprzętu do leczenia stanów zagrożenia życia w tym: źródło tlenu, ssak, worek typu Ambu, rurki ustno-gardłowe	1	1	1	3	
3.4.	Gabinet psychologa	1	1	1	3	
<b>Sala albo sale do kinezyterapii indywidualnej</b>						
3.5.	Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję	1	2	2	4	
3.6.	Stanowisko do ćwiczeń manualnych	1	1	1	4	
3.7.	Stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn górnych	1	1	1	4	
3.8.	Stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn dolnych	1	1	1	4	
3.9.	Stół do ćwiczeń indywidualnych	1	1	1	4	
3.10.	Sala albo sale do kinezyterapii indywidualnej muszą być wyposażone w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.				3	
<b>Sala do kinezyterapii grupowej z wymaganym wyposażeniem</b>						
3.11.	a. materace gimnastyczne z odpowiadającą im powierzchnią sali i możliwością swobodnego do nich dostępu	5	5	8	3	
	b. drabinki rehabilitacyjne, które mogą stanowić wyposażenie zarówno sali do kinezyterapii grupowej jak i indywidualnej	2	2	2	3	
	c. przybory do ćwiczeń				3	
<b>Gabinety do zabiegów fizykoterapeutycznych</b>						
3.12.	Stanowisko do miejscowych zabiegów ciepłolecznicznych	1	2	2	4	
3.13.	Stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej, z użyciem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza	1	1	1	4	
3.14.	Stanowisko do masażu leczniczego	1	1	1	4	
3.15.	Stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości	1	1	1	4	
3.16.	Stanowisko do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości	1	1	1	4	
3.17.	Stanowisko do zabiegów elektroterapii	2	2	3	4	
3.18.	Stanowisko do laseroterapii	1	1	1	4	
3.19.	Stanowisko do zabiegów światłolecznicznych	1	1	1	4	
3.20.	Stanowisko do zabiegów ultradźwiękami	1	1	1	4	
3.21.	Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych	1	1	1	4	
3.22.	Urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych	1	1	1	4	

3.23.	Gabinety do zabiegów fizykoterapeutycznych muszą być wyposażone w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie, urządzone i wyposażone według obowiązujących norm i przepisów z uwzględnieniem warunków technicznych opisanych w instrukcji obsługi aparatów.				3	
3.24.	Ośrodek zapewnia możliwość przeprowadzenia kinezyterapii na basenie.				4	
3.25.	Jeśli basen nie jest zlokalizowany w obiekcie lub znajduje się w odległości przekraczającej 500 m od obiektu, ośrodek musi zapewnić transport na tym odcinku.				3	
3.26.	Odległość od obiektu do basenu nie może przekroczyć 20 km.				3	
3.27.	Ośrodek zapewnia możliwość przeprowadzenia zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej.				4	
3.28.	Jeśli urządzenie do krioterapii ogólnoustrojowej – kriosauna lub kabina kriogeniczna znajduje się w odległości przekraczającej 500 m od obiektu rehabilitacyjnego, ośrodek musi zapewnić transport na tym odcinku.				4	
3.29.	Odległość od obiektu do bazy zabiegowej, o której mowa w pkt 3.28. nie może przekraczać 20 km.				3	
4.	<b>Wymagania dotyczące kadry specjalistycznej i prowadzącej rehabilitację</b>					
4.1.	Ośrodek zapewnia osobom skierowanym dostęp do lekarza prowadzącego leczenie wskazanego w wykazie kadry stanowiącej załącznik do umowy, 5 dni w tygodniu z wyłączeniem sobót (tele-porady i e-porady nie są dopuszczalne).				5	
4.2.	Gdy jest więcej niż jeden lekarz prowadzący, ośrodek zapewnia dostęp do co najmniej jednego z lekarzy prowadzących leczenie, wskazanych w wykazie kadry stanowiącej załącznik do umowy, 5 razy w tygodniu – z wyłączeniem sobót, przy czym lekarz ten jest zobowiązany do udzielania porad medycznych wszystkim zgłaszającym się w danym dniu osobom skierowanym, przebywającym w ośrodku (tele-porady i e-porady nie są dopuszczalne).				5	
4.3.	Ośrodek zapewnia opiekę lekarską podczas pobytu pacjentów w ośrodku.				5	
4.4.	Ośrodek zapewnia opiekę pielęgniarską podczas pobytu pacjentów w ośrodku.				5	
4.5.	Ośrodek zapewnia co najmniej następującą liczbę lekarzy:					
	a. jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej <b>lub</b>	1	1	1	5	
	b. ortopedii i traumatologii <b>lub</b>					
	c. neurologii <b>lub</b>					
	d. reumatologii.					
4.7.	Lekarz prowadzi leczenie i dokumentację medyczną nie więcej niż:	10	15	25	4	

4.8.	Przy realizacji kilku umów NR.A lekarz, może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż 60 osób, pod warunkiem, że będą to grupy do 30 osób, a daty rozpoczęcia turnusów nie będą się pokrywać. Dotyczy to również sytuacji, gdy lekarz jest zatrudniony przez różne podmioty realizujące umowę lub umowy z ZUS.				4	
4.9.	Ośrodek zapewnia co najmniej następującą liczbę fizjoterapeutów,	2	3	4	5	
	w tym magistrów fizjoterapii:	2	2	2	5	
4.10.	Ośrodek zapewnia co najmniej następującą liczbę dyplomowanych masażyistów:	1	1	1	5	
4.11.	Ośrodek zapewnia psychologa klinicznego lub psychologa z co najmniej 5-letnim doświadczeniem klinicznym, który prowadzi oddziaływania psychologiczne.				5	
5.	<b>Wymagania dotyczące organizacji programu rehabilitacji i jego dokumentowania</b>					
5.1.	Ośrodek zapewnia realizację indywidualnego programu rehabilitacji osoby skierowanej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Ośrodek bierze w całości odpowiedzialność za prowadzoną rehabilitację, sprawowaną opiekę medyczną i możliwe powikłania lub uszczerbek na zdrowiu z tego wynikający.					
5.2.	Prowadzona rehabilitacja lecznicza musi być ukierunkowana na chorobę, która jest podstawą skierowania na rehabilitację oraz choroby współistniejące.				4	
5.3.	Program rehabilitacji rozpoczyna się nie wcześniej niż o godz. 8:30.				1	
5.4.	Ośrodek jest zobowiązany realizować indywidualny program rehabilitacji przez 6 dni w tygodniu z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.				2	
5.5.	Ośrodek prowadzi rehabilitację:					
	a. w dwóch cyklach zabiegowych,				3	
	b. każdy cykl zabiegowy musi obejmować zabiegi kinezyterapii i fizykoterapii,				3	
	c. włącznie z ostatnim dniem pobytu.				3	
5.6.	Ośrodek realizuje w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych:					
	a. nie mniej niż 6 zabiegów leczniczych dziennie, w tym co najmniej 3 zabiegi kinezyterapii, przy czym nie więcej niż jedna kinezyterapia grupowa,				4	
	b. kinezyterapię grupową trwającą co najmniej 30 minut.				4	
5.7.	Program rehabilitacji obejmuje oddziaływania psychologiczne, na które składają się:					
	a. psychoedukacja,				3	
	b. indywidualne spotkania z psychologiem,				3	

	c. treningi relaksacyjne, prowadzone w grupach nie większych niż 10 osób i nie częściej niż jeden raz dziennie. Ilość spotkań musi wynieść co najmniej 8 w czasie całego turnusu.				3	
	Ośrodek ustala szczegółowy konspekt zajęć z psychologiem.				2	
5.8.	Program rehabilitacji obejmuje edukację zdrowotną z uwzględnieniem następujących tematów:					
	a. czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,				3	
	b. podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia,				3	
	c. czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,				3	
	d. podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika,				3	
	e. zasady prawidłowego żywienia,				3	
	f. profilaktyka uzależnień.				3	
	Ośrodek ustala szczegółowy konspekt zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej.				2	
5.9.	Ośrodek zapewnia osobom skierowanym w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia:					
	a. wstępną diagnostykę i leczenie,				3	
	b. bezpłatny transport do innej właściwej placówki medycznej w przypadku braku możliwości kontynuowania leczenia.				3	
5.10.	Ośrodek prowadzi dokumentację medyczną z przebiegu rehabilitacji w formie historii choroby, z uwzględnieniem:					
	a. wstępnego badania lekarskiego wykonanego w pierwszym dniu pobytu,				3	
	b. wstępnego badania fizjoterapeutycznego wykonanego nie później niż w drugim dniu pobytu,				3	
	c. programu rehabilitacji zleconego w pierwszym dniu pobytu,				3	
	d. wyznaczenia celu rehabilitacji,				3	
	e. kontrolnego badania lekarskiego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu,				3	
	f. końcowego badania lekarskiego wykonanego nie wcześniej niż dwa dni przed zakończeniem rehabilitacji,				3	
	g. końcowego badania fizjoterapeutycznego wykonanego nie wcześniej niż dwa dni przed zakończeniem rehabilitacji,				3	
	h. epikryzy z oceną stanu funkcjonalnego.				3	
5.11.	Ośrodek prowadzi dokumentację medyczną z przeprowadzonych procedur rehabilitacyjnych w postaci karty zabiegowej w zakresie prowadzonych:					
	a. zabiegów fizjoterapeutycznych,				3	
	b. oddziaływań psychologicznych,				3	
	c. edukacji zdrowotnej.				3	
5.12.	Karta zabiegowa zawiera informacje:					

	a. o rodzaju zabiegów,				3	
	b. o okolicy ciała, na którą zastosowano zabiegi,				3	
	c. o datach zabiegów i pozostałych oddziaływań,				3	
	d. o godzinach rozpoczęcia zabiegów i pozostałych oddziaływań.				3	
	e. potwierdzające wykonanie procedur rehabilitacyjnych, w sposób który umożliwi identyfikację osoby, która przeprowadziła daną procedurę oraz osoby skierowanej.				3	
<b>6.</b>	<b>Wymagania dostosowujące</b>					
<b>6.1.</b>	Zwiększenie powyżej 20% liczby osób kierowanych wskazanych w umowie wymaga zawarcia aneksu i powoduje zmiany w zakresie wymagań dotyczących zakwaterowania, zatrudnienia kadry specjalistycznej oraz liczby i wyposażenia gabinetów, aparatury leczniczej i diagnostycznej proporcjonalnie do zwiększonej liczby osób skierowanych.					

### **Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie**

- 1) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – jeden psycholog może prowadzić oddziaływanie psychologiczne:
  - a) maksymalnie dla 200 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływania psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych w zakresie schorzeń narządu ruchu (NR), układu krążenia (UK), układu oddechowego (UO) – w systemie stacjonarnym oraz schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia – w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycynie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;
  - b) maksymalnie dla 100 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (OGP) lub w zakresie schorzeń narządu głosu (NGL) lub schorzeń psychosomatycznych (PS) oraz dodatkowo dla umów w schorzeniach narządu ruchu (NR) lub układu krążenia (UK) lub układu oddechowego (UO) w systemie stacjonarnym lub schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycynie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;

W tym przypadku liczba gabinetów psychologicznych musi być równa liczbie psychologów.
- 2) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie ośrodek może udostępnić jeden wspólny gabinet pielęgniarki z wymaganym wyposażeniem. Niedopuszczalne jest połączenie gabinetu pielęgniarki z innymi gabinetami.
- 3) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – dotyczy rehabilitacji w schorzeniach narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym (NR.A), ośrodek musi zapewnić wskazaną liczbę sprzętu na łączną liczbę 50 osób w turnusie:
  - a) dwa Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję,
  - b) jedno stanowisko do ćwiczeń manualnych,
  - c) jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn górnych,
  - d) jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn dolnych,
  - e) jeden stół do ćwiczeń indywidualnych,
  - f) dwa stanowiska do miejscowych zabiegów ciepłolecznicznych,
  - g) jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej, z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza,
  - h) jedno stanowisko do masażu leczniczego,
  - i) dwa stanowiska do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości,
  - j) trzy stanowiska do zabiegów elektroterapii,
  - k) jedno stanowisko do laseroterapii;
  - l) jedno stanowisko do zabiegów światłolecznicznych,
  - m) jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami,
  - n) jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych,
  - o) jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych.
- 4) Przy realizacji kilku umów w systemie ambulatoryjnym (NR.A, UK.A, UKT.A) w jednym obiekcie ośrodek musi zapewnić na łączną liczbę 75 osób w turnusie:

- a) jedną salę rekreacyjno-wypoczynkową,
  - b) opiekę pielęgniarską sprawowaną przez jedną pielęgniarkę.
- 5) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – ośrodek musi udostępnić następującą liczbę sal do ćwiczeń grupowych:
- a) jedną salę do ćwiczeń grupowych na nie więcej niż 149 osób,
  - b) dwie sale do ćwiczeń grupowych na 150 do 299 osób,
  - c) trzy sale do ćwiczeń grupowych na 300 do 449 osób,
  - d) cztery sale do ćwiczeń grupowych na 450 do 599 osób.
- 4) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – dotyczy rehabilitacji narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym (NR i NR.A) ośrodek musi zapewnić jedną wannę do masażu podwodnego wyposażoną w końcówkę ciśnieniową na każde 200 osób.
- 5) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – dotyczy rehabilitacji narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym (NR i NR.A) ośrodek musi zapewnić jedno stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości na każde 200 osób.



.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 2  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą

Nazwa obiektu\* .....  
w turnusie od ..... do ..... Umowa nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr pokoju**	Oddział ZUS	Data przyjazdu***
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>Liczba osób, które stawily się w obiekcie</b>					

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

\*\* podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

\*\*\* w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 3  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o skrócenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan .....

.....

PESEL .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie wg **ICD10**

.....

Powód skrócenia

pobytu.....

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyraża zgodę na skrócenie turnusu rehabilitacji zgodnie z wnioskowaną datą skrócenia.**

.....  
Podpis i pieczęć pracownika  
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 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. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o przedłużenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan .....

PESEL .....

Zawód .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....  
.....

Dotychczasowe osiągnięte rezultaty rehabilitacji.....

.....  
.....

Cel rehabilitacji w związku z przedłużeniem turnusu .....

.....  
.....

Po przedłużeniu rehabilitacji ubezpieczony **rokuje** odzyskanie zdolności do pracy.

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zgoda/brak zgody** ZUS na przedłużenie rehabilitacji.

Data ostatniego dnia pobytu.....

Warszawa, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza Departamentu  
Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 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. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Nazwa Ośrodka

do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\*

nr z wymagań  (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i Imię	Funkcja  (np. ordynator, asystent fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk ....)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi:	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej  (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob

....., dnia .....

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gł. ....

**NR.A****INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ**

w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach narządu ruchu

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia *(właściwe podkreślić)*data przyjęcia ..... data wypisu ..... **liczba dni pobytu** .....nieobecności od ..... do ..... **liczba dni nieobecności** .....**liczba dni zabiegowych** .....**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

..... nr stat. ....

Zawód wykonywany ..... Zawód wyuczony .....

Cel rehabilitacji.....

Czy cel rehabilitacji został osiągnięty:	TAK	NIE
--	-----	-----

**Opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego na dzień wypisu:**

Poprawa stanu funkcjonalnego	Bez zmiany stanu funkcjonalnego	Pogorszenie stanu funkcjonalnego związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację	Pogorszenie stanu funkcjonalnego nie związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UZASADNIENIE</b>			

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

a) **wywiad** (zglaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nalogi):

.....  
.....

b) **badanie przedmiotowe** (zakres ruchomości, siła mięśniowa, czucie, odruchy, objawy ubytkowe, funkcja kończyn górnych, chód):

.....  
.....

**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej** (rodzaj, data wykonania, wynik):

- Pomiary RR: .....
- Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....

**Konsultacje:**

.....  
.....

# KARTA POMIAROWA NARZĄDU RUCHU WG. METODY ODNIESIENIA DO POZYCJI „0”

Opis odchyżeń od stanu prawidłowego stwierdzonych w dniu:  
**badania wstępnego (W) ..... i końcowego(K) .....**

### KREGOSLUP

#### Ruch

	Zgięcie	Prostowanie
N	40° - 0°	0° - 40°
W		
K		

Odstęp broda - mostek  
.....cm

#### Rotacja

	w lewo	w prawo
N	60° - 0°	0° - 60°
W		
K		

#### Nachylenie boczne

	w prawo	w lewo
N	40° - 0°	0° - 40°
W		
K		

#### Ruch

	Zgięcie	Wyprost
N	30° - 0°	0° - 30°
W		
K		

Odstęp palców od podłoża  
.....cm

#### Rotacja

	w lewo	w prawo
N	50° - 0°	0° - 50°
W		
K		

### STAW BARKOWY

#### Ruch

	Odwodzenie	Przywodzenie
Norma	130° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

#### Ruch

	Zgięcie	Wyprost
Norma	170° - 0°	0° - 40°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

#### Rotacja

	Wewnętrzna	Zewnętrzna
Norma	90° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

### STAW ŁOKCIOWY

#### Ruch

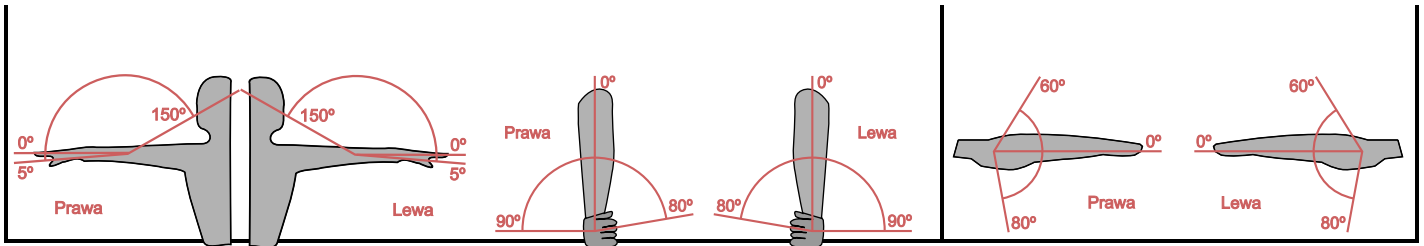
	Zgięcie	Wyprost
Norma	150° - 0°	0° - 5°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

#### Ruch

	Supinacja	Pronacja
Norma	90° - 0°	0° - 80°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

### STAW NADGARSTKOWY

	Zgięcie	
	Dłoniowe	Grzbietowe
Norma	80° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW BIODROWY

#### Ruch

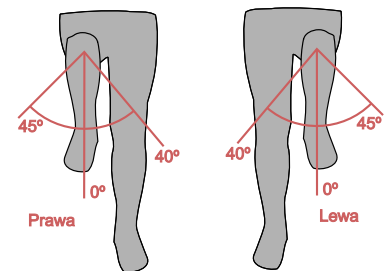
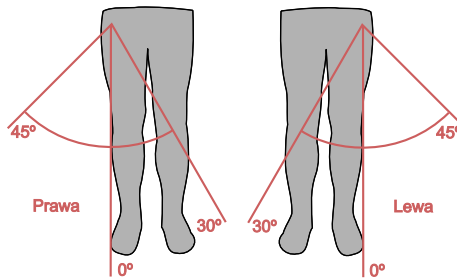
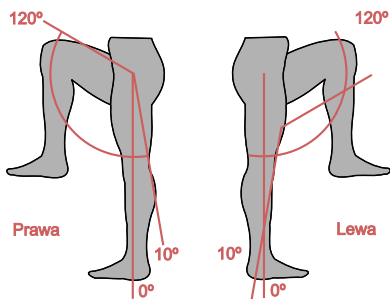
	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

#### Ruch

	Odwodzenie	Przywodzenie
Norma	45° - 0°	0° - 30°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

#### Rotacja

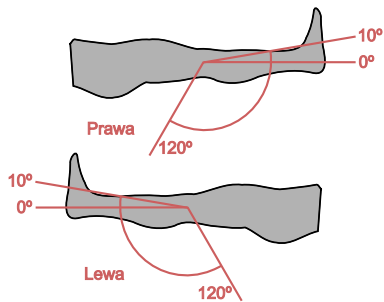
	Wewnętrzna	Zewnętrzna
Norma	45° - 0°	0° - 40°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW KOLANOWY

#### Ruch

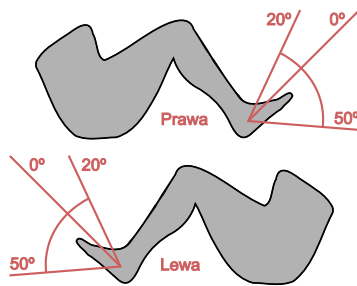
	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW SKOKOWY

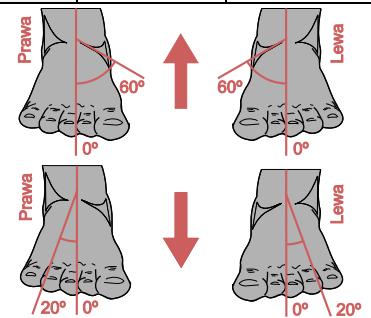
#### Zgięcie

	Grzbietowe	Podeszwowe
Norma	20° - 0°	0° - 50°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



#### Ruch

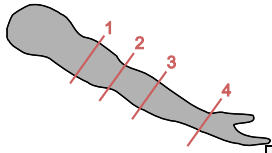
	Supinacja	Pronacja
Norma	60° - 0°	0° - 20°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		





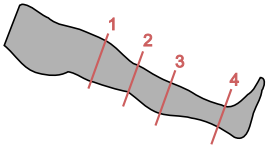
# OBWODY

## Kończyny górne



	Prawa	Lewa
1 W		
1 K		
2 W		
2 K		
3 W		
3 K		
4 W		
4 K		

## Kończyny dolne



	Prawa	Lewa
1 W		
1 K		
2 W		
2 K		
3 W		
3 K		
4 W		
4 K		



Lewa



Prawa



### 1. Rehabilitacja lecznicza:

Kinezyterapia	Rodzaj zabiegu	Okolica, na którą zastosowano zabiegi	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Indywidualna				
Przyrządowa indywidualna				
Grupowa				
Ćwiczenia w wodzie – w grupie				
<b>Razem</b> liczba zabiegów				

Fizykoterapia	Rodzaj zabiegu	Okolica, na którą zastosowano zabiegi	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Zabiegi ciepłolecznice				
Krioterapia miejscowa				
Krioterapia ogólnoustrojowa				
Elektroterapia				
Zabiegi światłolecznice				
Hydroterapia				
Pole magnetyczne w.cz				
Pole magnetyczne n.cz				
Ultradźwięki				
Laser				
Masaż klasyczny				
Inne				
<b>Razem</b> liczba zabiegów				

### 2. Formy oddziaływania psychologicznego:

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Treningi relaksacyjne		
Inne		
<b>Razem</b> liczba oddziaływań psychologicznych		

### 3. Edukacja zdrowotna:

	Data	Liczba
Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych		
Podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia		
Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy		
Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika		
Zasady prawidłowego żywienia		
Profilaktyka uzależnień		
Inne		
<b>Razem</b> liczba zajęć		

#### 4. Leczenie farmakologiczne:

.....  
.....

#### Testy funkcjonalne:

##### Ocena:

1 - norma

2 do 3 - nasilenie badanej cechy w sensie ujemnym

4 - brak możliwości wykonania funkcji

<b>Badanie:</b>	<b>badanie wstępne ocena od 1 do 4</b>	<b>badanie końcowe ocena od 1 do 4</b>
Test bólu		
Test wydolności fizycznej		
Test ruchu		
Test czynności codziennych		
Test siły mięśniowej		
Test lokomocyjny		

#### Wyniki rehabilitacji leczniczej:

*(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: zakresu ruchomości, siły mięśniowej, czucia, odruchów, objawów ubytkowych i chodu)*

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

#### Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

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

....., dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 7  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł. .... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

**Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

w turnusie od ..... do .....

dzień rehabilitacji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
data																								
Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie																								
Podpis osoby wykonującej badania fizjoterapeutyczne i diagnostyczne lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizykalne i kinezyterapii																								
Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych																								
Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne i/lub edukację zdrowotną																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory																								
Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności*																								

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

\* W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

**Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku .....**

....., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

<b>Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS – rehabilitacja lecznicza w systemie ambulatoryjnym w schorzeniach narządu ruchu</b>	
1.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, włącznie z ostatnim dniem pobytu
2.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
3.	lekarz prowadzący leczenie powinien być dostępny co najmniej 5 razy w tygodniu
4.	osoba skierowana powinna mieć zapewnioną podczas pobytu w ośrodku opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>
6.	ośrodek zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu
7.	ośrodek zapewnia salę rekreacyjno-wypoczynkową
8.	Każda osoba skierowana, która ma zastrzeżenia do udzielanych świadczeń zdrowotnych albo chce zasięgnąć informacji o przysługujących jej prawach pacjenta, może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta: a) telefonicznie pod nr telefonu: <b>800 190 590</b> (połączenie bezpłatne); b) mailowo na adres: <b>kancelaria@rpp.gov.pl</b> ; c) listownie na adres: <b>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.</b>

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS: *imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i informacje o posiadanych certyfikatach* zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny, w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądadają udostępniania umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- V. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VI. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim Umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- VIII. Posiada Pani/Pan:
  - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
  - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- IX. Nie przysługuje Pani/Panu:
  - 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
- X. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:  
Inspektor Ochrony Danych  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych,  
ul. Szamocka 3, 5,  
01-748 Warszawa,  
2) przez e-mail: ODO@zus.pl.

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako
  - osoby reprezentującej Ośrodek (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe, umocowanie do reprezentowania*)
  - osoby będącej członkiem personelu Ośrodka (*imię i nazwisko, nr telefonu, adres email*)zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby reprezentującej Ośrodek są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów regulujących zasady reprezentacji (w szczególności ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny), a także w związku z bieżącą realizacją umowy ..... oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Pani/Pana dane osobowe jako osoby będącej członkiem personelu Ośrodka są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- V. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądamy udostępniania umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- VI. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VII. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VIII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- IX. Posiada Pani/Pan:
  - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
  - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- X. Nie przysługuje Pani/Panu:
  - 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.



XI. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych,  
ul. Szamocka 3, 5,  
01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....  
Pieczęć Oferenta

.....  
(miejscowość, data)

### O Ś W I A D C Z E N I E

o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Niniejszym oświadczam, że .....  
(pełna nazwa Oferenta) zapewni osobom ze szczególnymi potrzebami, skierowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej:

1. **minimalne wymagania służące dostępności, określone w art. 6** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\*, tj.:

- 1) w zakresie dostępności architektonicznej:
  - a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków;
  - b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych;
  - c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
  - d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. 100);
  - e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- 2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
  - a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
  - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
  - c) zapewnienie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,

d) zapewnienie komunikacji, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, w formie określonej w tym wniosku;

2. **dostęp alternatywny, określony w art. 7** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\* – w przypadku, gdy Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj.:

- 1) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby;
- 2) zapewnienie wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
- 3) wprowadzenie takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

.....

.....

(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Oferenta)

**\* - niepotrzebne skreślić**

.....  
(nazwa Ośrodka)

### Harmonogram turnusów na rok ....\*

w schorzeniach \*\*:NR  NR.A  UK  UK.A  UKT.A  UO  PS  NGL  OGP

NRW  OUN

Nazwa i adres obiektu:

Turnus***	Data początkowa turnusu	Data końcowa turnusu	Liczba miejsc w turnusie	Uwagi
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				
VII				
VIII				
IX				
X				
XI				
XII				
XIII				
XIV				

\* ośrodek wypełnia na każdy rok obowiązywania umowy

\*\* zaznacz właściwe schorzenie: NR –narząd ruchu, NR.A – narząd ruchu w systemie ambulatoryjnym, NRW – narząd ruchu powypadkowy, UK – układ krążenia, UKT.A – układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie, UO – układ oddechowy, PS –psychosomatyczne, NGL –narządu głosu, OGP – onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

\*\*\* liczba turnusów w roku określona jest w umowie

.....  
Nazwa Ośrodka**Rozliczenie do faktury nr ..... za turnus od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Koszt rehabilitacji (10*stawka za osobodzień)
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
								Razem		

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów przejazdu w turnusie od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)*	Podstawa zwrotu: bilet/oświadczenie z miejsca zamieszkania do ośrodka (zgodnie z kol. 4)	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 5)	Podpis osoby skierowanej
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
				<b>Razem</b>		

\* - zmiana adresu wyłącznie po uzgodnieniu z Zakładem

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej