WZÓR UMOWY

UMOWA nr .....

zawarta w dniu ..... w Warszawie pomiędzy

Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

z siedzibą w Warszawie, ul. Szamocka 3, 5,

posiadającym nr NIP 521-30-17-228, nr REGON 000017756,

reprezentowanym przez Prezesa Zakładu, w imieniu którego działa:

.....

zwanym w treści umowy „Zakładem”

a ośrodkiem rehabilitacyjnym pn.

.....,

z siedzibą w .....,

posiadającym nr NIP....., nr REGON.....,

reprezentowanym przez:

1. .....

2. .....

zwanym w treści umowy „**Ośrodkiem**”.

§ 1.

1. Zakład zamawia, a Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania w obiekcie, w którym będzie prowadzona rehabilitacja lecznicza, położonym na terenie miasta ……..: **w latach 2018-2020** w każdym roku **dwunastu turnusów** rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym dla **……..** osób skierowanych przez Zakład w jednym turnusie, przy czym rehabilitacja lecznicza powinna być prowadzona w ośrodku rehabilitacyjnym przez 24 dni w każdym turnusie.

2. Liczba dni pobytu osób skierowanych przez Zakład w Ośrodku dla każdego roku obowiązywania umowy nie może przekroczyć …… i wynika z przemnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 1.

3. Po uprzednim uzyskaniu zgody Ośrodka Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 1 z zastrzeżeniem, że łączna liczba osobodni w danym roku obowiązywania umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 2, oraz dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne stanowiące załącznik nr 1 do umowy.

4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać pisemnie Zakładowi harmonogram turnusów rehabilitacyjnych nie później niż w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy. Zakład rozpoczyna kierowanie do Ośrodka dopiero po uprzednim pisemnym zatwierdzeniu harmonogramu przez Zakład, ponadto każdorazowa jego zmiana dla swej ważności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zakładu.

5. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego. Ostatni turnus w roku obowiązywania umowy nie może skończyć się później niż w dniu 17 grudnia.

6. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadku:
   1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy osoby skierowanej przez Zakład w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji;
   2) wcześniejszego przywrócenia osobie skierowanej przez Zakład zdolności do pracy;
   3) zaistnienia innych przyczyn, leżących po stronie osoby skierowanej przez Zakład.

7. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie / przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 3 do umowy.

8. Rozpoznając wniosek, o którym mowa w ust. 7, Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.

§ 2.

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych określonych w załączniku nr 1 do umowy.

2. Ośrodek zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
   1) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załączniku nr 1 do umowy;
   2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
   3) „Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS", sporządzaną na podstawie zapisów w historii choroby, na formularzu stanowiącym załącznik nr 7 do umowy.

3. Zmiany obiektu, w którym zgodnie z ofertą prowadzony jest program rehabilitacji leczniczej, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu.

4. Postanowienia niniejszej umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc i turnusów można zmienić aneksem do tej umowy tylko w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu. W przypadku wystąpienia do Zakładu przez Ośrodek o zmniejszenie, w drodze aneksu, liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka i stwierdzenia przez Zakład, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać umowę w trybie określonym w § 12 ust. 1 pkt 1.

5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.

6. W przypadku wygaśnięcia polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, w trakcie realizacji umowy, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania nowych poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów potwierdzających ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej, w terminie 10 dni od daty wygaśnięcia.

7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania podczas kontroli, o której mowa w § 8 oraz na każde żądanie Zakładu poświadczonej za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i sali rekreacyjno-wypoczynkowej.

8. Ośrodek rozpoczyna realizację programu rehabilitacji leczniczej nie wcześniej niż po przekazaniu przez osobę skierowaną przez Zakład „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS" albo uprzednim potwierdzeniu przez Zakład skierowania tej osoby na turnus rehabilitacyjny.

9. Kadra lekarska i specjalistyczna może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy o pracę lub kontraktu lub umowy zlecenia. Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 6 do umowy.

10. Każdorazowo w przypadku dokonania zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 9, Ośrodek zobowiązany jest w terminie 7 dni przesłać skan aktualnego podpisanego wykazu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres e-mail: SekretariatDPIR@zus.pl.

11. W obiekcie, w którym realizowany jest program rehabilitacji leczniczej dla osób skierowanych przez Zakład, winny być wywieszone w ogólnodostępnym miejscu:
   1) grafik planu pracy / udzielania świadczeń zdrowotnych kadry lekarskiej i specjalistycznej realizującej program rehabilitacji leczniczej, tj. lekarzy,

fizjoterapeutów, psychologa wraz z określeniem dni i godzin pracy lub czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, wraz z numerami gabinetów, w których przyjmowane są osoby poddane rehabilitacji leczniczej, poświadczony przez osobę uprawnioną do jego sporządzenia;

2) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS stanowiąca załącznik nr 9 do umowy.

12. Ośrodek zobowiązuje się przestrzegać wobec osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą zasad kultury osobistej, nie naruszać godności osobistej tych osób, nie naruszać w sposób nieuzasadniony potrzebami leczenia i rehabilitacji leczniczej ich nietykalności cielesnej.

13. Gabinety fizykoterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.

14. Sale kinezyterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.

15. Ośrodek posiada własny basen do ćwiczeń lub krioterapię ogólnoustrojową – kriosaunę lub kabinę kriogeniczną, powinien posiadać dokument potwierdzający pozwolenie na użytkowanie danego obiektu / sprzętu, wydany przez właściwy organ. W przypadku, gdy Ośrodek posiada własny basen do ćwiczeń, powinien on odpowiadać ogólnie obowiązującym wymaganiom dotyczącym warunków sanitarno-higienicznych dla tego rodzaju obiektów i być gotowy do użytku, tzn. wypełniony wodą.

16. W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa w ust. 15 – Zakład może rozwiązać umowę w trybie bez wypowiedzenia, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 lub nałożyć karę umowną, o której mowa w § 12 ust. 3.

§ 3.

1. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, wynosi ..... zł (słownie: ..... złotych) i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową, w tym koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami zapewnienia ciepłych i zimnych napojów podczas pobytu w Ośrodku.

2. Wynagrodzeniem za realizację przez Ośrodek przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, jest kwota w złotych wynikająca z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu.

§ 4.

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do Ośrodka i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem adresu na Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS oraz przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.

2. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.

3. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 2, stanowi załącznik nr 5 do umowy.

§ 5.

1. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w § 1 ust. 1, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.

2. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład pokrycia kosztów z tytułu skrócenia rehabilitacji leczniczej.

§ 6.

1. W terminie nie później niż 7 dni od daty rozpoczęcia turnusu Ośrodek zobowiązuje się do przesłania wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres e-mail: SekretariatDPIR@zus.pl, zgodnie z wykazem, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy.

2. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu dokumentów rozliczeniowych za każdy turnus najpóźniej w terminie 7 dni od dnia zakończenia turnusu.

3. Dokumenty rozliczeniowe, o których mowa w ust. 2, stanowią:
   1) faktura wystawiona na kwotę wynikającą z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu określoną w § 3 ust. 1 oraz wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy,
   2) dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 2;
   3) „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS" osób, które ukończyły rehabilitację;
   4) „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS" osób, które ukończyły rehabilitację;
   5) „Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań…) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS".

4. Podstawą do ustalenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji jest łączna liczba dni obecności pacjenta wykazana na podstawie podpisów pacjenta w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań…) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS" stanowiącym załącznik nr 8 do umowy.

5. Zakład na podstawie otrzymanych dokumentów rozliczeniowych, o których mowa w ust. 3, dokonuje rozliczenia kosztów za dany turnus.

6. Płatności Zakład dokonuje na rachunek bankowy Ośrodka w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 7.

7. W przypadku stwierdzenia przez Zakład nieprawidłowości w sporządzonych dokumentach, o których mowa w ust. 3, termin określony w ust. 6 ulegnie przesunięciu i będzie liczony od daty dostarczenia przez Ośrodek do Zakładu ostatniego, skorygowanego dokumentu.

§ 7.

1. Ośrodek zobowiązuje się do sporządzania w trzech oryginalnych egzemplarzach „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS".

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.

3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
   1) osobie skierowanej przez Zakład - w ostatnim dniu pobytu w Ośrodku;
   2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

      Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji
      ZUS Oddział w ……..
      ul. ……
      ..-… …….

      „DOKUMENTACJA MEDYCZNA"

   3) do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

      Zakład Ubezpieczeń Społecznych
      Departament Prewencji i Rehabilitacji
      ul. Szamocka 3, 5
      01-748 Warszawa

      „DOKUMENTACJA MEDYCZNA"

§ 8.

1. Zakład zastrzega sobie prawo przeprowadzania w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, a Ośrodek zobowiązuje się do umożliwienia przeprowadzenia kontroli realizacji postanowień niniejszej umowy. Kontrolą objęte będzie w szczególności:
   1) dokumentowanie przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
   2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
   3) przestrzeganie wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 11, ust. 13, ust. 14 i ust. 15;
   4) prawidłowość rozliczeń finansowych z Zakładem.

2. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia, na żądanie upoważnionych przedstawicieli Zakładu, niezwłocznie informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy.

3. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna pacjentów, muszą być przygotowane w formie papierowej.

4. W przypadku nieprzygotowania wymaganych dokumentów w okresie do 2 godzin od rozpoczęcia kontroli, Zakład może nałożyć na Ośrodek karę umowną w wysokości określonej w § 12 ust. 4.

5. Zakład zastrzega sobie prawo do kontroli, o której mowa w ust. 1, także poprzez wezwanie Ośrodka do przesłania nieodpłatnie w określonym terminie na adres, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 3, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy, w tym w szczególności:
   1) historii choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
   2) dokumentów dotyczących prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
   3) dokumentów dotyczących rozliczeń finansowych z Zakładem.

6. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia w na terenie całego Ośrodka, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.

§ 9.

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:
1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
2) szkody będące wynikiem udzielanych usług rehabilitacyjnych.

§ 10.

Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani też przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu.

§ 11.

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

§ 12.

1. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych może być rozwiązana przez każdą ze stron:
   1) bez wypowiedzenia, w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków umowy,
   2) za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

2. Zakład może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, w szczególności:
   1) w przypadku niedotrzymania przez Ośrodek warunków umowy, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7, ust. 12;
   2) w przypadku uniemożliwienia przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 8 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 8 ust. 5 w terminie określonym przez Zakład.

3. Zakład każdorazowo w przypadku stwierdzenia, niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7, § 8 ust. 1, ust. 5, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.

4. Zakład każdorazowo w razie niedotrzymania terminu, o którym mowa w § 1 ust. 4, § 2 ust. 10, § 6 ust. 1, ust. 2, § 7 ust. 3 pkt 2, pkt 3, § 8 ust. 4 lub w przypadku wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 7 po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 0,1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.

5. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.

§ 13.

W przypadku zatwierdzenia w ustawie budżetowej na dany rok środków finansowych w wysokości niewystarczającej na pokrycie zobowiązań wynikających z zawartych umów na realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, Zakład jednostronnie zastrzega sobie prawo do odpowiedniego zmniejszenia przedmiotu zamówienia lub rozwiązania umowy za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

§ 14.

1. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w § 12 ust. 1 i 2 i w § 13 oraz wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.

2. Rozwiązanie umowy w trybie, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 oraz § 13, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.

§ 15.

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy:

1) 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,
2) Kodeksu cywilnego.

§ 16.

Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.

§ 17.

Załączniki do niniejszej umowy stanowią jej integralną część.

§ 18.

Zmiana danych dotyczących adresu Ośrodka lub reprezentacji nie wymaga zawarcia aneksu do umowy.

§ 19.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zakład, a jeden Ośrodek.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1	Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne.
Załącznik nr 2	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 3	Wniosek o skrócenie/przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 4	Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 5	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
Załącznik nr 6	Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 7	Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 8	Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań …) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 9	Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS rehabilitacja lecznicza w systemie ambulatoryjnym w schorzeniach narządu ruchu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

OŚRODEK

.....

.....

.....

PROGRAMY REHABILITACJI LECZNICZEJ W SYSTEMIE AMBULATORYJNYM

PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ w schorzeniach NARZĄDU RUCHU w systemie ambulatoryjnym

Lp.	1. WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW		
1.1.	**lokalizacja ośrodka rehabilitacyjnego**	**1.1.1.**	lokalizacja jednego obiektu na terenie miejscowości określonej przez ZUS („obiektem" jest budynek, w którym będzie realizowana rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS)
1.2.	**baza hotelowa**	**1.2.1.**	zapewnienie osobom skierowanym przez ZUS realizacji usług rehabilitacyjnych w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części
		1.2.2.	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, sala rekreacyjno-wypoczynkowa (nie dotyczy obiektów, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze)
		1.2.3.	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich, dostępu za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów i sali rekreacyjno-wypoczynkowej bez konieczności opuszczania obiektu
		1.2.4.	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach i sali rekreacyjno-wypoczynkowej
		1.2.5.	dysponowanie w udostępnionym obiekcie salą rekreacyjno-wypoczynkową
1.3.	**standardy wyżywienia**	**1.3.1.**	zapewnienie ciepłych i zimnych napojów podczas pobytu w ośrodku
1.4.	**kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna**	**1.4.1.**	zapewnienie dostępu do lekarza prowadzącego leczenie co najmniej 5 dni w tygodniu
		1.4.2.	zapewnienie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas pobytu pacjentów w ośrodku
1.5.	**wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu**	**1.5.1**	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
		1.5.2.	dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: a) wstępnego badania lekarskiego oraz zleconego programu rehabilitacji wykonanych w pierwszym dniu pobytu, b) badania kontrolnego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu, c) badania końcowego wykonanego nie wcześniej niż dwa dni

			przed wypisem, d) wstępnego i końcowego badania fizjoterapeutycznego
		1.5.3.	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych, oddziaływaniach psychologicznych i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
		1.5.4.	zapewnienie opieki psychologicznej
		1.5.5.	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
		1.5.6.	zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów: a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia, c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika, e) zasady prawidłowego żywienia
		1.5.7.	zapewnienie możliwości wykonania w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych
		1.5.8.	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8^{30}
		1.5.9.	w przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla świadczeniodawców”

PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ w schorzeniach NARZĄDU RUCHU w systemie ambulatoryjnym (25 osób w turnusie)			
Lp.	**2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW**		
2.1.	**kadra lekarska i specjalistyczna**	**2.1.1.**	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii lub neurologii lub reumatologii
		2.1.2.	zatrudnienie co najmniej czterech fizjoterapeutów, w tym co najmniej jednego magistra fizjoterapii
		2.1.3.	zatrudnienie jednego masażysty
		2.1.4.	zatrudnienie jednego psychologa klinicznego lub psychologa z co najmniej 5-letnim stażem klinicznym, realizującego w szczególności terapię indywidualną, psychoedukację oraz serię terapeutyczną treningów relaksacyjnych tj. nie mniej niż osiem treningów prowadzonych w grupach nie większych niż 15 osób, nie częściej niż raz dziennie
2.2.	**wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną**	**Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie**	
		2.2.1.	gabinet lekarski
		2.2.2.	dyżurka pielęgniarek
		2.2.3.	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator
		2.2.4.	gabinet psychologa
		Sala lub sale do kinezyterapii indywidualnej wyposażone w:	
		2.2.5.	dwa Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję
		2.2.6.	jedno stanowisko do ćwiczeń manualnych
		2.2.7.	jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn górnych
		2.2.8.	jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn dolnych
		2.2.9.	jeden stół do ćwiczeń indywidualnych
		Sala do kinezyterapii grupowej:	
		2.2.10.	wyposażona w osiem stanowisk do ćwiczeń (8 materaców gimnastycznych) oraz drabinki rehabilitacyjne
		Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami:	
		2.2.11.	dwa stanowiska do miejscowych zabiegów ciepłoleczniczych
		2.2.12.	jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej (z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza)

		2.2.13.	jedno stanowisko do masażu leczniczego
		2.2.14.	jedno stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości
		2.2.15.	stanowisko do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości
		2.2.16.	trzy stanowiska do zabiegów z zakresu elektroterapii
		2.2.17.	jedno stanowisko do laseroterapii
		2.2.18.	jedno stanowisko do zabiegów światłoleczniczych
		2.2.19.	jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami
		2.2.20.	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych
		2.2.21.	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych
		w udostępnionym obiekcie lub poza nim:	
		2.3.22.	zapewnienie korzystania z basenu do ćwiczeń i krioterapii ogólnoustrojowej (kriosauna lub kabina kriogeniczna), przy czym jeśli są zlokalizowane w odległości od obiektu przekraczającej 500 m, należy zapewnić transport. Odległość od ośrodka nie może przekraczać 10 km
2.3.	**wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu**	**2.3.1.**	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej (o ile nie ma przeciwwskazań medycznych) nie mniej niż 6 zabiegów leczniczych dziennie (w tym, co najmniej 3 zabiegów kinezyterapii, przy czym nie więcej niż jedna kinezyterapia grupowa)
		2.3.2.	realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu (włącznie z ostatnim dniem pobytu) w dwóch cyklach zabiegowych (na cykl zabiegowy składają się zabiegi kinezyterapii i fizykoterapii)

Załącznik nr 2

…….
Pieczęć Ośrodka

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	Oddział ZUS	Data przyjazdu**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
			Liczba osób, które stawiły się w obiekcie	

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz
** w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”

Załącznik nr 3

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

……..
Pieczęć Ośrodka

Umowa nr……, dnia ……

Wniosek o skrócenie/przedłużenie* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Na podstawie § 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. Nr 131, poz. 1457/ wnioskuję o skrócenie/przedłużenie* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Pani/Pan* ……..……...… PESEL ….……..……..……

Zawód ……..……..……..……..……..…....

Data rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej - pierwszy dzień pobytu ……..……..……

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu ……..……...…**

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu .....……**

Rozpoznanie z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS ……..……..……....

……...……..……..……

……...……..……..……

Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym (w języku polskim) ……..…….

……...……..……..……

……...……..……..……

……...……..……..……

Dotychczas osiągnięte efekty rehabilitacji leczniczej ……..……..…….....

……...……..……..……

……...……..……..……

……...……..……..……

Uzasadnienie wniosku o skrócenie/przedłużenie* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS ……..……..

……...……..……..……

……...……..……..……

……...……..……..……

Po przedłużeniu rehabilitacji w/w **rokuje/nie rokuje*** odzyskanie zdolności do pracy.

……..
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie

Zgoda* Zakładu Ubezpieczeń Społecznych **Brak zgody*** Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

- **skrócenie*** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu ……..……..

- **przedłużenie*** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu ……..……

Warszawa, dnia ……..……. ……
Podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii
***Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

* niepotrzebne skreślić
** wypełnić odpowiedni wiersz
*** **mgr fizjoterapii może wyrażać zgodę tylko w przypadku skróceń**

Załącznik nr 4

…….. do umowy nr **…….**

Pieczęć Ośrodka zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą

w turnusie od ..... do ..... dotyczy Faktury nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Jednostkowy koszt rehabilitacji	Uwagi/ nieobecności (od…do…)
			od	do			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
				Razem			

.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 5

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

……
Pieczęć Ośrodka

Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu

w turnusie od ..... do ..... dotyczy Faktury nr ..... Noty nr .....

Lp.	**Nazwisko i imię**	**PESEL**	**Okres pobytu**		**Miejsce zamieszkania** (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)	**Podstawa zwrotu** (zgodnie z kol. 6)	**Kwota zwrotu za przejazd** (zgodnie z kol. 7)	**Podpis osoby skierowanej**
			od	**do**				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
						Razem		

……
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 6

do umowy nr ……..……

zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

……

Pieczęć Ośrodka

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	So

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

Zatwierdził …….....

(imię i nazwisko, pieczęć)

* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

** w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie dyplom magistra, licencjata lub technika, w przypadku masażysty dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

Załącznik nr 7

…….
Pieczęć Ośrodka

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

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** .....

Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:

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

.....

.....

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:

.....

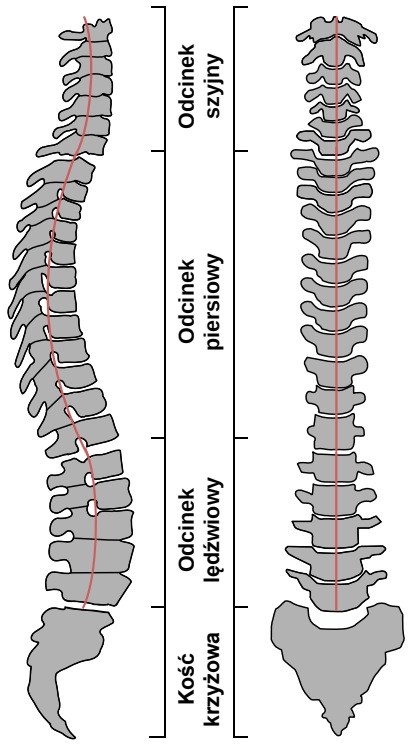
.....

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

Opis odchyleń od stanu prawidłowego stwierdzonych w dniu:

badania wstępnego (W) …….. i końcowego(K) ……..

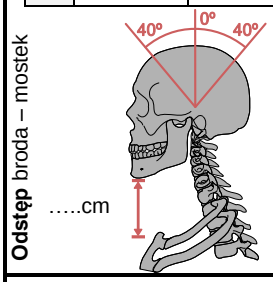
KRĘGOSŁUP



KRĘGOSŁUP SZYJNY

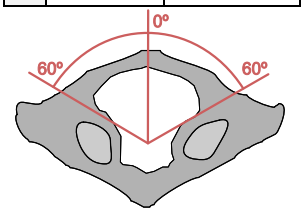
Ruch

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



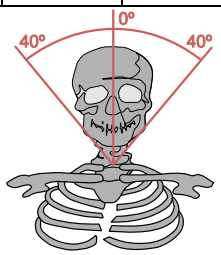
Rotacja

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

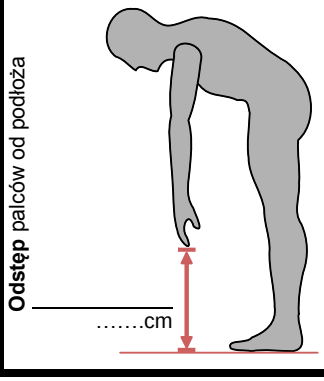


Nachylenie boczne

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

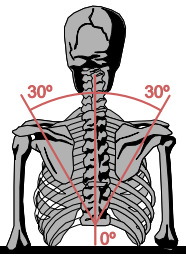


KRĘGOSŁUP PIERSIOWY I L-S



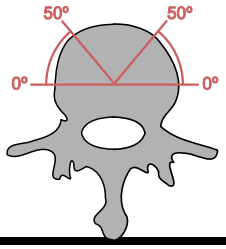
Nachylenie boczne

	w lewo	w prawo
N	30° - 0°	0° - 30°
W		
K		



Rotacja

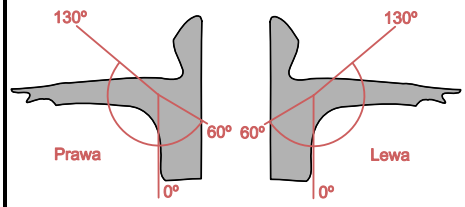
	w lewo	w prawo
N	50° - 0°	0° - 50°
W		
K		



STAW BARKOWY

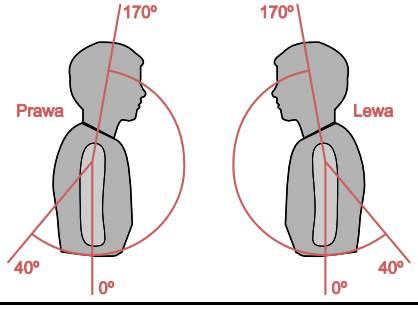
Ruch

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



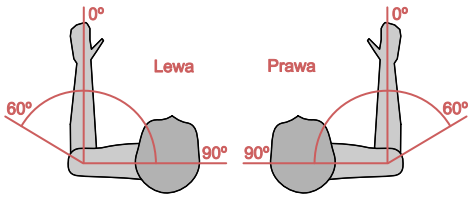
Ruch

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



Rotacja

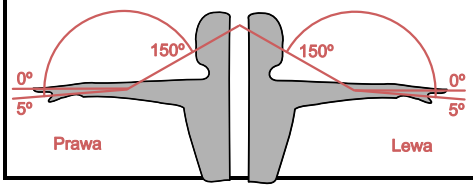
	Wewnętrzna	Zewnętrzna
Norma	90° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



STAW ŁOKCIOWY

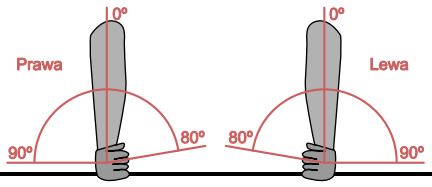
Ruch

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



Ruch

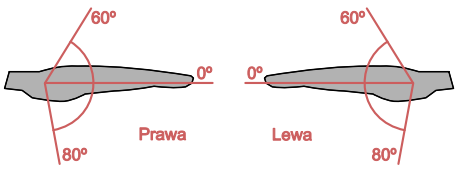
	Supinacja	Pronacja
Norma	90° - 0°	0° - 80°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



STAW NADGARSTKOWY

Zgięcie

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



STAW BIODROWY

Ruch

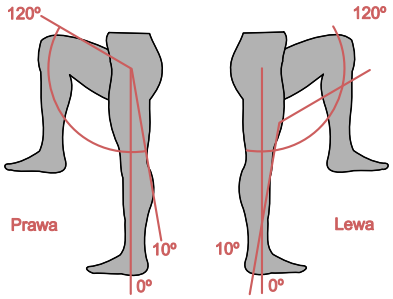
	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

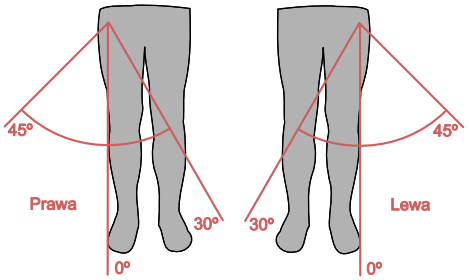
Ruch

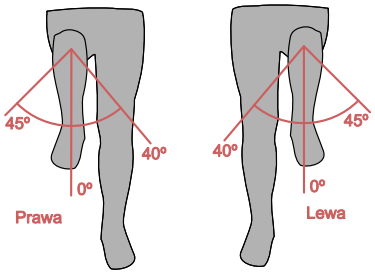
	Odwodzenie	Przywodzenie
Norma	45° - 0°	0° - 30°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

Rotacja

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



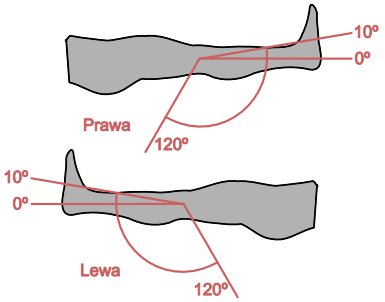




STAW KOLANOWY

Ruch

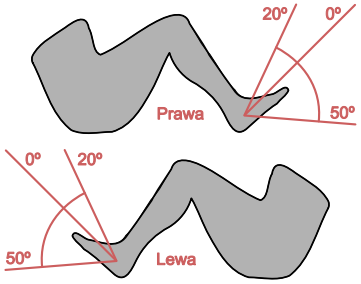
	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



STAW SKOKOWY

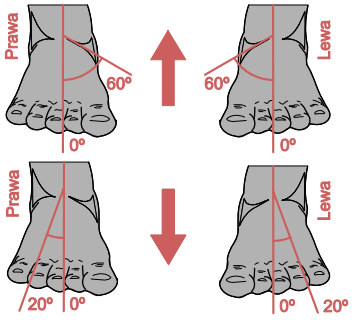
Zgięcie

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

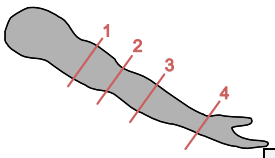


Ruch

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

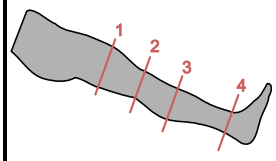


OBWODY



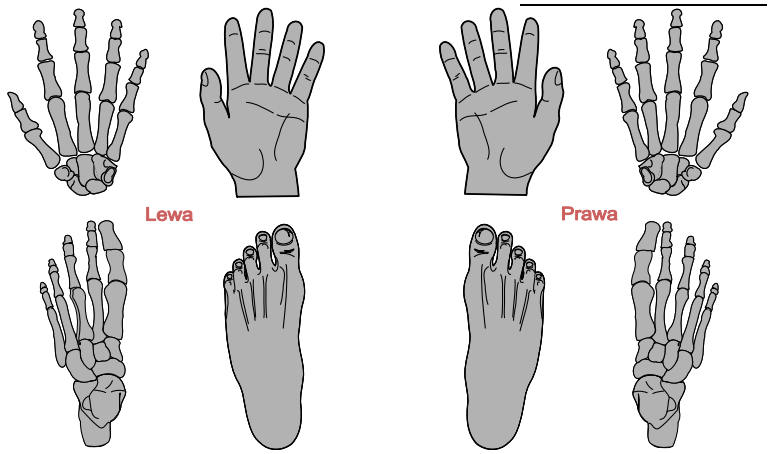
Kończyny górne

	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		



1. **Rehabilitacja lecznicza:**

Kinezyterapia	**Rodzaj**	**Okolica,** na którą zastosowano zabiegi	**Liczba**
Indywidualna			
Grupowa			
Ćwiczenia w wodzie			
Inne			
Razem liczba zabiegów			

Fizykoterapia	**Rodzaj**	**Okolica,** na którą zastosowano zabiegi	**Liczba**
Zabiegi ciepłolecznicze			
Krioterapia miejscowa			
Krioterapia ogólnoustrojowa			
Elektroterapia			
Zabiegi światłolecznicze			
Hydroterapia			
Pole magnetyczne w.cz			
Pole magnetyczne n.cz			
Ultradźwięki			
Laser			
Masaż klasyczny			
Inne			
Razem liczba zabiegów			

2. **Formy oddziaływania psychologicznego:**

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	**Liczba**
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Treningi relaksacyjne		
Inne		
Razem 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		
Inne		
Razem liczba zajęć		

4. **Leczenie farmakologiczne:**

.....

.....

Testy funkcjonalne w dniu badania końcowego: ……..

Test bólu	1	2	3	4
Test wydolności fizycznej	1	2	3	4
Test ruchu	1	2	3	4
Test czynności codziennych	1	2	3	4
Test siły mięśniowej	1	2	3	4
Test lokomocyjny	1	2	3	4

Skrócony opis:
1 - norma
2 do 3 - nasilenie badanej cechy w sensie ujemnym
4 - brak możliwości wykonania funkcji

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

.....

.....

.....

Opinia o stanie funkcjonalnym na dzień wypisu:
(należy zaznaczyć odpowiedni numer)

Poprawa stanu funkcjonalnego	**Bez zmiany stanu funkcjonalnego**	**Pogorszenie stanu funkcjonalnego**
1	**2**	**3**

Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

.....

.....

.....

.....

……., dnia …….. ……..……....

Podpis i pieczęć lekarza
prowadzącego leczenie

NR4/NR.A - Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Załącznik nr 8

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

……
Pieczęć Ośrodka

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 diagnostyczne i/lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizyko- i kinezyterapeutyczne																								
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

Załącznik nr 9

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

Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS - rehabilitacja lecznicza w systemie ambulatoryjnym w schorzeniach narządu ruchu	
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 codziennie przez 5 dni w tygodniu
4.	pacjent powinien mieć zapewnioną podczas pobytu w ośrodku opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o $8^{\underline{30}}$
6.	ośrodek zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu
7.	ośrodek zapewnia salę rekreacyjno-wypoczynkową