

Ośrodek Rehabilitacyjny  
pw. *Św. Rafała Archanioła*  
RUSINOWICE, ul. Zielona 23, 42-700 LUBLINIEC  
tel. 034/357 05 23, 357 05 24, fax: 034/357 05 53  
e-mail: [osrodek@rusinowice.nazwa.pl](mailto:osrodek@rusinowice.nazwa.pl)  
[www.rusinowice.com](http://www.rusinowice.com)

## **ZASADY przyjmowania dzieci i młodzieży niepełnosprawnej na rehabilitację w oddziale szpitalnym.**

1. Ośrodek jest dwuoddziałowym szpitalem rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej prowadzącym jednocześnie szkolenie opiekunów w zakresie rehabilitacji w warunkach domowych. W trosce o zdrowie niepełnosprawnych przebywających w Ośrodku na turnusie rehabilitacyjnym prosimy, aby opiekun przebywający wraz z dzieckiem w Ośrodku był zdrowy.
2. Zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 25.05.2018 r. poz. 1000), a także na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych –RODO) opiekun prawny zobowiązany jest do wyrażenia zgody na przetwarzanie jego danych osobowych.
3. Podczas trwania turnusu zapewniamy konsultacje w zakresie pediatrii, neurologii, rehabilitacji ortopedii. Jest również możliwa konsultacja ortotyka dotycząca zaopatrzenia ortopedycznego.
4. Małoletnia osoba niepełnosprawna przyjeżdża do Ośrodka wraz z opiekunem prawnym, przy czym stan opiekuna musi umożliwić jego czynny udział w procesie usprawniania dziecka i nie może zagrażać innym osobom przebywającym w Ośrodku.
5. Jeżeli opiekunem ma być osoba inna niż opiekun prawny, to zgodnie z obowiązującym prawem winna przedstawić pisemną zgodę obojga rodziców, opiekuna prawnego lub sądu opiekuńczego na sprawowanie opieki nad chorym dzieckiem.
6. Ośrodek nie zapewnia transportu i nie pokrywa kosztów dojazdu.
7. Komisja kwalifikacyjna do spraw przyjęć na podstawie skierowania i załączonej dokumentacji medycznej oceniając stan zdrowia określa termin przyjęcia do leczenia zgodnie z aktualną kolejką oczekujących w NFZ. Informujemy, że szpitalne leczenie rehabilitacyjne prowadzone jest przez cały rok.
8. Czas trwania turnusu wynosi 21 dni – w uzasadnionym przypadku medycznym po opinii komisji lekarskiej może być przedłużony.
9. W razie odmowy przyjazdu na wyznaczony przez Ośrodek termin turnusu rehabilitacyjnego informujemy, że skierowanie będzie przesunięte na koniec kolejki oczekujących.
10. W czasie pobytu dziecka na turnusie rehabilitacyjnym w naszym Ośrodku nie udzielamy przepustek.
11. W całym szpitalu obowiązuje zakaz wnoszenia i używania urządzeń elektrycznych (telewizory, grzałki, czajniki, ekspresy, mikrofalówki, grzejniki) z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów – przepisy p.poż.
12. Wcześniejszy wyjazd z Ośrodka na własne żądania tylko w wypadkach losowych.

**Bardzo prosimy o dostosowanie się do naszych wymogów w czasie pobytu na rehabilitacji i serdecznie zapraszamy do naszego Ośrodka.**

## **Zawiadomienie o terminie rehabilitacji w szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym.**

Uprzejmie zawiadamiamy, że wniosek pacjenta .....

został pozytywnie rozpatrzony przez Komisję kwalifikacyjną szpitala rehabilitacyjnego na turnus

rehabilitacyjny od dnia ..... do dnia .....

Przyjęcia w dniu rozpoczęcia odbywają się w godz. **od 10<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>**.

Przyjazd następuje **tylko** w dniu rozpoczęcia turnusu. Prosimy o pisemne potwierdzenie przyjazdu lub rezygnacji z wyznaczonego turnusu w naszym Ośrodku do dnia ..... na załączonym oświadczeniu.

### **Do Ośrodka należy przywieźć ze sobą:**

1. Aktualny dokument potwierdzający prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych numerem PESEL dziecka.
2. Wózek inwalidzki (jeżeli dziecko musi korzystać z wózka).
3. Opinię psychologa (jeżeli dziecko taką posiada).
4. Orzeczenie o **stopniu niepełnosprawności znacznej** (jeżeli orzeczenie zostało wydane).
5. Zaświadczenie lekarskie o tym, że dziecko nie jest chore na choroby zakaźne i infekcje wydane przed dniem przyjazdu.
6. Zaświadczenie lekarskie o rodzaju przyjmowanych leków i dawkach.
7. Aktualne wyniki podstawowych badań (w miarę możliwości) w tym ogólne moczu, badania kału na pasożyty.
8. W przypadku posiadania zdjęcia Rtg/TK (kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych, lub bioder).
9. Karty informacyjnej z przebiegu ostatniej hospitalizacji lub dotychczasowego leczenia oraz zażywane stale leki.
10. **Opiekun, który ma uczestniczyć w rehabilitacji dziecka powinien być osobą zdrową i zobowiązany jest do przedstawienia stosownego zaświadczenia o stanie zdrowia.**
11. Każdy pensjonariusz powinien posiadać dres, obuwie sportowe lub specjalne, kąpielówki. Zalecane jest posiadanie czepka, koła lub naramienników do pływania w basenie.
12. Koszty związane z opieką medyczną i rehabilitacją dziecka w czasie trwania turnusu pokrywa w całości NFZ. Rodziców lub opiekunów dziecka prosimy o dofinansowanie pobytu i wyżywienia w kwocie **1000 zł (tysiąc zł)**, którą można odliczyć od podatku, jeżeli zostanie wpłacona na konto bankowe z dopiskiem „Darowizna na Ośrodek”.
13. W dniu przyjazdu należy okazać dowód wpłaty lub dokonać wpłaty na miejscu w Ośrodku.

**Nr konta : PKO BP S.A. 65 1020 1664 0000 3502 0585 2894**

**W Ośrodku mogą przebywać tylko dzieci chore z jednym opiekunem.**

Rusinowice,.....

## **Zawiadomienie o terminie rehabilitacji w szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym.**

Uprzejmie zawiadamiamy, że wniosek pacjenta .....

został pozytywnie rozpatrzony przez Komisję kwalifikacyjną szpitala rehabilitacyjnego na turnus

rehabilitacyjny od dnia ..... do dnia .....

Przyjęcia w dniu rozpoczęcia odbywają się w godz. **od 11<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>**.

Przyjazd następuje **tylko** w dniu rozpoczęcia turnusu. Prosimy o pisemne potwierdzenie przyjazdu lub rezygnacji z wyznaczonego turnusu w naszym Ośrodku do dnia ..... na załączonym oświadczeniu.

### **Do Ośrodka należy przywieźć ze sobą:**

1. Aktualny dokument potwierdzający prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
2. Zaświadczenie lekarskie o rodzaju przyjmowanych leków i dawkach.
3. **Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** (jeżeli orzeczenie zostało wydane).
4. Aktualne wyniki podstawowych badań (w miarę możliwości) w tym ogólne moczu, badania kału na pasożyty.
5. W przypadku posiadania zdjęcia Rtg/TK (kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych, lub bioder).
6. Karty informacyjnej z przebiegu ostatniej hospitalizacji lub dotychczasowego leczenia oraz zażywane stale leki.
7. Pacjent powinien mieć dres, obuwie sportowe lub specjalne, strój kąpielowy, przybory toaletowe, ręcznik.

### **ZASADY**

#### **przyjmowania na rehabilitację w oddziale szpitalnym.**

1. Ośrodek jest dwuoddziałowym szpitalem rehabilitacyjnym.
2. Ośrodek nie zapewnia transportu i nie pokrywa kosztów dojazdu.
3. Komisja kwalifikacyjna na podstawie skierowania i załączonej dokumentacji medycznej oceniając stan zdrowia określa termin przyjęcia do leczenia zgodnie z aktualną kolejką oczekujących w NFZ.
4. Czas trwania turnusu wynosi 21 dni – w uzasadnionym przypadku medycznym po opinii komisji lekarskiej może być przedłużony.
5. W razie odmowy przyjazdu na wyznaczony przez Ośrodek termin turnusu rehabilitacyjnego informujemy, że skierowanie będzie przesunięte na koniec kolejki oczekujących.
6. W czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w szpitalu nie udzielamy przepustek.
7. W całym szpitalu obowiązuje zakaz wnoszenia i używania urządzeń elektrycznych (telewizory, grzałki, czajniki, ekspresy, mikrofalówki, grzejniki) z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów – przepisy p.poż..
8. Wcześniejszy wyjazd z Ośrodka na własne żądania tylko w wypadkach losowych.