

Sygn. akt VII U 194/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2017 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 28 marca 2017 r. w Bydgoszczy

sprawy M. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

z udziałem zainteresowanej Miejskich (...) w B.

sp. z o.o. w B.

o świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego

na skutek odwołania M. C.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 18 stycznia 2016 r., nr (...)

oddala odwołanie.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 194/16

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 18 stycznia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił M. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego, albowiem komisja lekarska w dniu 8 stycznia 2016 r. orzekła, że stan jego zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł M. C., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego.

W uzasadnieniu wskazał, że miał dwa zabiegi artroskopii, robi wszystko, aby wrócić do dawnej sprawności, jednak stan jego zdrowia poprawia się bardzo wolno. Cały czas jest pod opieką bardzo dobrego ortopedy, ma dolegliwości bólowe i niestabilność kolana. Konieczne jest również odbudowanie masy mięśniowej uszkodzonej nogi, gdyż praca wymaga od niego sprawności fizycznej, albowiem polega m.in. na wchodzeniu na drabinę i częstym przemieszczaniu się pieszo po rozległym terenie. Jego zastrzeżenia budzi sposób doręczenia decyzji – listem zwykłym, a nie poleconym. Dodatkowo, po wydaniu decyzji, otrzymał od pracodawcy zawiadomienie o rozwiązaniu umowy o pracę.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 15 lutego 2017 r. (k. 60) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu Miejskie (...) sp. z o.o. w B., która jednakże nie zajęła jakiegokolwiek merytorycznego stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił, co następuje:

M. C. był zatrudniony w Miejskich (...) sp. z o.o. w B., na stanowisku operatora urządzeń technologicznych. Dnia 30 sierpnia 2014 r. został skierowany na delegację w celu udziału w branżowych zawodach pn. Ogólnopolska Spartakiada (...) w Ł.. W trakcie gry w „dwa ognie” doznał kontuzji kolana lewej nogi. Zarówno pracodawca, jak i ZUS, uznali zdarzenie za wypadek przy pracy. Z tej przyczyny przebywał na zasiłku chorobowym z ubezpieczenia wypadkowego przez 182 dni, a następnie otrzymał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego w okresie od 2 marca 2015 r. do 26 grudnia 2015 r. (10 miesięcy). Orzeczeniem (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w B. z dnia 19 lipca 2016 r. zaliczono go do lekkiego stopnia niepełnosprawności do dnia 31 lipca 2017 r.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy z dnia 16 września 2014 r. – k. 2 akt ZUS; decyzje pozwanego o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z dnia 10 marca 2015 r., 1 lipca 2015 r. i 19 października 2015 r. – k. 9, 12, 17 akt ZUS; orzeczenie (...) w B. z dnia 19 lipca 2016 r. – k. 58)

W związku z wnioskiem ubezpieczonego o dalsze świadczenie rehabilitacyjne, zarówno lekarz orzecznik w dniu 15 grudnia 2015 r., jak i komisja lekarska ZUS w dniu 8 stycznia 2016 r. uznali, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił M. C. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – k. 1-6 akt ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 19-21 akt ZUS; decyzja z dnia 18 stycznia 2016 r. – k. 22 akt ZUS)

U ubezpieczonego występuje skręcenie stawu kolanowego lewego, z uszkodzeniem więzadła krzyżowego przedniego i łąkotki przysrodkowej, które nastąpiło w dniu 30 sierpnia 2014 r. Pierwotnie był leczony zachowawczo, a następnie dwukrotnie wykonano artroskopię – druga z nich miała miejsce w styczniu 2015 r. W kwietniu 2015 r. odbył rehabilitację sanatoryjną w ramach prewencji ZUS.

Biorąc pod uwagę badania przedmiotowe, obraz kliniczny schorzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, wyniki badań i materiału lekarskiego, stan zdrowia ubezpieczonego po upływie 182-dniowego okresu zasiłkowego oraz 10-miesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego uległ poprawie. W badaniu przedmiotowym: chód dwunożny, naprzemienny, prawidłowy; blizny po artroskopowym leczeniu kolana lewego; nieznaczny zanik mięśnia czworogłowego uda; kolano stabilne, bez wysięku, o pełnym zakresie ruchomości; wydolność statyczno-dynamiczna kończyny dolnej lewej dobra, bez ograniczeń; objaw balotowania rzepki ujemny; testy szufladkowe porównywalnie symetryczne; stanie na palcach i test „kuczny” wydolne.

M. C. na dzień 27 grudnia 2015 r., a więc po wykorzystaniu przyznanego pełnego okresu zasiłkowego oraz 10-miesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego, nie był już niezdolny do pracy. W okresie 16 miesięcy leczenia uzyskał sprawność statyczną i funkcjonalną lewej kończyny dolnej. W badaniu MR ze stycznia 2016 r. brak niestabilności kolana, a staw kolanowy jest wydolny. Dolegliwości bólowe zgłaszane przez ubezpieczonego mają charakter subiektywny, nie wynikając z jakichkolwiek przesłanek natury obiektywnej i nie skutkowały one istotnym ograniczeniem funkcji nogi. W dacie badania przez biegłych M. C. nie miał wyznaczonego terminu zabiegu ewentualnej rekonstrukcji ACL, a w trakcie ewentualnych dwóch dalszych miesięcy świadczenia i tak nie mogłoby dojść do wyleczenia schorzenia, zgodnie z oczekiwaniami ubezpieczonego. Z uwagi na bardzo nieznaczny stopień schorzeń po 10 miesiącach świadczenia rehabilitacyjnego, leczenie usprawniające nie jest w stanie przynieść dalszej

poprawy funkcji kończyny. Część pacjentów, nawet z całkowitym uszkodzeniem więzadła krzyżowego (urazem dużo poważniejszym) w ogóle nie decyduje się na rekonstrukcyjne leczenie operacyjne.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 19, 76-77 oraz akta ZUS; opinia biegłego sądowego ortopedy S. F. z dnia 5 maja 2016 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 17-18 opinia biegłego sądowego ortopedy S. T. z dnia 8 września 2016 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 56-57)

Ubezpieczony ma 47 lat, posiada wykształcenie średnie, jako technik elektryk, ostatnio świadcząc pracę, jako operator oczyszczalni ścieków.

(okoliczności bezsporne)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii biegłych sądowych ortopedów S. F. i S. T..

W myśl art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1242 ze zm.; powoływana dalej jako „ustawa wypadkowa”), za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia albo w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Zatem aby określone zdarzenie zostało uznane za wypadek przy pracy musi spełniać łącznie następujące warunki: mieć charakter nagły, być wywołane przyczyną zewnętrzną, powodować uraz lub śmierć, nastąpić w związku z pracą. Brak jednego z w/wym. elementów nie pozwala na uznanie zdarzenia za wypadek przy pracy. W niniejszej sprawie poza sporem pozostawał fakt zaistnienia u ubezpieczonego wypadku przy pracy w dniu 30 sierpnia 2014 r., w wyniku którego był on następnie niezdolny do pracy, wykorzystując pełny okres zasiłkowy i 10 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, otrzymując w tym czasie świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego. Kwestią sporną pozostawał fakt ewentualnej dalszej niezdolności ubezpieczonego do pracy. W tym celu dopuszczono dowody z opinii biegłych sądowych ortopedów.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody z opinii biegłych sądowych S. F. i S. T. są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczonym, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonego, a poziom ich wiedzy i sposób umotywwania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż ubezpieczony kwestionował zasadność i trafność opinii biegłych S. F. i S. T. (k. 31-32, 71-73). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK

356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności ubezpieczony w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłego, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu swego zdrowia, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż strona w sposób odmienny ocenia fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, której jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty ubezpieczonego wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że lekarz leczący uważał go za dalej niezdolnego do pracy, stanowi wyłącznie stanowisko odwołującego, takie samo jak umotywowane stanowisko pozwanego organu, poparte opiniami członków komisji lekarskiej ZUS, przy czym zupełnie bez znaczenia pozostawać dla sprawy musi rzekoma opinia w środowisku takiego lekarza. Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ubezpieczony nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom strony biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną, a także dokonując badania fizykalnego i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych, w pełni przecież zbieżnych, wniosków. Wątpliwości w tym zakresie nie miała także komisja lekarska ZUS, a jej ocena opierała się także o badanie konsultanta ortopedy. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska strony, prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych.

Podkreślenia wymaga, iż od momentu wypadku (30 sierpnia 2014 r.) do końca przyznanego 10-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego (26 grudnia 2015 r.) minęło 16 miesięcy, przy czym stanowisko M. C. jest takie, iż dopiero dwa dodatkowe miesiące świadczenia rehabilitacyjnego i wykorzystanie go w pełnym, ustawowym zakresie, pozwoliłyby mu na odzyskanie zdolności do pracy. Z takim stanowiskiem nie sposób się zgodzić. Zgodnie z wiarygodnymi opiniami obu biegłych ortopedów, w ciągu rzeczonych 16 miesięcy wykonano dwukrotnie artroskopię kolana, ubezpieczony był wielokrotnie rehabilitowany, przebywając nawet na turnusie rehabilitacyjnym w ramach prewencyjnego działania organu. Stan jego zdrowia po pierwsze pod koniec grudnia nie wymagał już ochrony od pracy, przy czym wbrew zarzutom strony, zarówno stanowisko, jak i obowiązki ubezpieczonego wynikały wprost z dokumentacji zgromadzonej w toku postępowania sądowego (głównie z akt dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej, ale także z opinii pierwszego ortopedy), tak więc kolejny wywiad w tym zakresie przez biegłego S. T. i tak nie mógł przecież do sprawy wnieść nic nowego. Po drugie, gdyby nawet przyjąć czysto hipotetycznie, za trafne stanowisko wnioskodawcy, to i tak dalsze dwa miesiące świadczenia rehabilitacyjnego, bez wyznaczonego nawet we wrześniu 2016 r. terminu zabiegu i tak nic nie zmieniłyby w stanie jego zdrowia, co przecież także jest jedną z przesłanek przyznania spornego prawa. Odnosząc się do zarzutów do opinii biegłego S. F. należy podkreślić, iż to w wyniku omyłki Sądu doszło do błędnego wskazania w postanowieniu daty zakończonego okresu przyznanego świadczenia na dzień 27 września 2015 r. (k. 7). Biegły jednakże, mimo tej pomyłki, w sposób prawidłowy zauważył – i w tym kontekście sporządził swą opinię, iż M. C. otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne aż do dnia 26 grudnia 2015 r., co wprost i jednoznacznie wynika z opinii z dnia 5 maja 2016 r. (k. 17). Z istoty rzeczy przy tym badania biegłych sądowych mają

miejsce po dacie, do której wcześniej konkretnej osobie przyznano jakieś świadczenie, jednakże z postanowienia o powołaniu biegłego wynika każdorazowo, na jaką datę biegli mają oceniać tak stan i tak właśnie czynią. Niesłuszne jest zarzucanie biegłemu S. T., iż w swej opinii odnosi się do wcześniejszej opinii biegłego S. F., albowiem jest to niezbędne i celowe dla pełnego zobrazowania sprawy i wyjaśnienia stanowiska odnośnie zdolności ubezpieczonego do pracy, po dniu 26 grudnia 2015 r. Z oczywistych względów, o ile biegły nie zgodziłby się z pierwszym biegłym, Stanisław Tkaczyk winien byłby wskazać, z jakich przyczyn się z nim nie zgadza i dlaczego według niego wcześniejsza opinia jest wadliwa. Analogicznie więc winien także zaznaczyć, że zgadza się ewentualnie z opinią już w sprawie wydaną.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). W toku rozprawy w dniu 28 marca 2017 r. (k. 8) oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego sądowego lub opinii uzupełniającej, uznając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Opinie biegłych sądowych S. F. i S. T. były jasne, logiczne, spójne i wyjaśniały wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania.

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Zgodnie natomiast z art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy wypadkowej, ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, przysługuje zasiłek chorobowy; a z tytułu wypadku przy pracy przysługuje także „świadczenie rehabilitacyjne” – dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego przysługują w wysokości 100 % podstawy wymiaru niezależnie od okresu podlegania ubezpieczeniu i to już od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (art. 8 ust. 1 i 2 oraz art. 9 ust. 1 ustawy wypadkowej).

Skoro po wyczerpaniu 182-dniowego okresu zasiłkowego i 10-miesięcznym okresie świadczenia rehabilitacyjnego ubezpieczony był już zdolny do pracy, to nie było tym samym podstaw, aby przyznać mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego na dalszy okres ewentualnych dwóch miesięcy.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski