

.....
(nr ewidencyjny skierowania nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

.....
(oznaczenie świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

Nazwisko i imię nr PESEL**

Adres zamieszkania

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

.....
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

.....
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka nr PESEL**

Rodzaj szkoły, klasa

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci)

Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat: TAK – zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną NIE

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowisko):

.....

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga wzrost RR/..... tętno/min

Skóra i węzły chłonne obwodowe

Układ oddechowy z oceną wydolności

.....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA (jeżeli dotyczy)

.....

Układ trawienny

.....

Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek

.....

Układ ruchu

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej: samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy:

.....
(określić rodzaj niezbędnej pomocy, np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłów

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

..... wg ICD-10

Choroby współistniejące: wg ICD-10

..... wg ICD-10

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych^{***}: TAK NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*.....

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych
(w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB morfologia krwi

badanie ogólne moczu

RTG klatki piersiowej^{****}

EKG

inne

data

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*

(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*: wskazane przeciwwskazane brak wskazań

Uzdrowisko: nadmorskie nizinne podgórskie górskie

Rodzaj świadczenia:

uzdrowiskowe leczenie szpitalne uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne

uzdrowiskowa rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym uzdrowiskowa rehabilitacja w sanatorium uzdrowiskowym

Kierunek leczniczy uzdrowiska:

data

(podpis lekarza)

V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy/sanatorium uzdrowiskowe/przychodnia uzdrowiskowa*

Uzdrowisko Zakład lecznictwa uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od do

data.....

(podpis osoby upoważnionej)

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadku braku nr PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

*** Określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 151, z późn. zm.).

**** Należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania.