

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 czerwca 2019 r. (poz. 1136)

WZÓR

(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 ☐ NIEOcena 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 wskazańUzdrowisko: ☐ 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 2017 r. poz. 1056).

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