……………………………………………………..

(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 zmysłu…………………………………………………………………………………...………………….

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 2017 r. poz. 1056).

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