

WZÓR

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

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

**Skierowanie na leczenie uzdrowskowe
w trybie stacjonarnym / w trybie ambulatoryjnym***

Nazwisko i imię
nr PESEL**

Adres zamieszkania

.....
.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość)

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 uzdrowskowe/rehabilitacja uzdrowskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowsko):

.....

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 (do wyboru minimum jedna pozycja):

- uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego
- kontynuacja leczenia szpitalnego/rekomendacja poszpitalna
- kontynuacja rehabilitacji szpitalnej
- poprawa sprawności ruchowej
- poprawa wydolności krążeniowej / zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego
- poprawa wydolności oddechowej
- leczenie przeciwbólowe
- leczenie przeciwbrzękowe
- profilaktyka powikłań odległych
- leczenie dietetyczne
- redukcja wagi
- leczenie klimatoterapeutyczne

inny / jaki:

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, lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej po odbytych kursach z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po odbytych kursach z zakresu podstaw balneologii 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 uprawnionej)

* 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 2024 r. poz. 1420).

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