

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)

.....  
(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 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 przeciwobrzękowe
- 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.