

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 ☐ 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
- ☐ inny / jaki:

Leczenie w warunkach:

- ☐ stacjonarnych ☐ ambulatoryjnych (miejscowość:, termin:))

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 kursie z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po odbytych kursie 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.