

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 inwalidzi)

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 uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową*

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych
(w przypadku leczenia szpitalnego 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 UZDROWSKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWSKOWĄ*

(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowskowe/rehabilitacja uzdrowskowa*: ☐ wskazane ☐ przeciwwskazane ☐ brak wskazańUzdrowsko: ☐ nadmorskie ☐ nizinne ☐ podgórskie ☐ górskie

Rodzaj świadczenia:

☐ uzdrowskowe leczenie szpitalne ☐ uzdrowskowe leczenie sanatoryjne ☐ uzdrowskowe leczenie ambulatoryjne☐ uzdrowskowa rehabilitacja w szpitalu uzdrowskowym ☐ uzdrowskowa rehabilitacja w sanatorium uzdrowskowym

Kierunek leczniczy uzdrowska:

data

(podpis lekarza)

V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWSKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWSKOWĄ*

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowskowego: szpital uzdrowskowy/sanatorium uzdrowskowe/przychodnia uzdrowskowa*

Uzdrowsko Zakład lecznictwa uzdrowskowego

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 uzdrowskowym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1662, z późn. zm.).

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