

WZÓR

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

(nr ewidencyjny skierowania nadany
przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

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 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

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych***: TAK NIE

wg ICD-10

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

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 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.