

WZÓR

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

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową *

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Adres zamieszkania: nr tel.
(ulica – nr domu i mieszkania) (nr kodu pocztowego) (miejscowość)

Adres do korespondencji: (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
(ulica – nr domu i mieszkania) (nr kodu pocztowego) (miejscowość)

Dotyczy dzieci:

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka.....numer PESEL.....

Rodzaj szkoły,klasa:.....

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

.....
Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci):.....

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (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

..... wg. ICD-10

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

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*:

.....

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

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO/REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ*

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

data.....

(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

V. 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

Propozycja miejsca leczenia:

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: (właściwe podkreślić)

SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data.....

(podpis i pieczęć lekarza)

VI. 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 i pieczęć osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić

** 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. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz.390 i Nr 112, poz. 654)