.....
(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 .....

.....

NFZ/01.19 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

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/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 .....

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.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2019 r. (poz. 1136)