

## WZÓR

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

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

### Skierowanie na leczenie uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową \*

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 uzdrowskowe/rehabilitacja uzdrowskowa\* w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok i uzdrowsko):.....

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)