Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 7 lipca 2011 r. (poz. 835)

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

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

Nazwisko i imię ..... nr PESEL .....

Adres zamieszkania

..... _ _ - _ _ _ ..... nr tel.....
(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 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 „UZDROWISKO-RABKA" S.A. - „OLSZÓWKA"

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe zaznaczyć): .

☒ 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).