

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

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

## Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe

Nazwisko i imię.....numer 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 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: .....

Układ trawienny: .....

Układ moczowo-płciowy 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

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe: .....

**III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ** (laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. (W przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala.))

OB. .... morfologia krwi .....

Badanie moczu .....

rtg klatki piersiowej .....

EKG .....

inne .....

**IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO**

UZDROWISKO:                    NADMORSKIE                    NIZINNE                    PODGÓRSKIE                    GÓRSKIE  
RODZAJ LECZENIA:    SZPITAL UZDROWISKOWY    SANATORIUM UZDROWISKOWE    PRZYCHODNIA    UZDROWISKOWA

data..... (podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

**V. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE** (wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Leczenie uzdrowiskowe :                    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** (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