

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 czerwca 2019 r. (poz. 1136)

WZÓR

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

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

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

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 uzdrowskowe/rehabilitacja uzdrowskowa\* w ciągu ostatnich 3 lat (należy 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 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 szpitalnego 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.