

.....  
(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 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 

--	--	--

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