Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 4.06.2019r(poz. …)

*WZÓR*

|  |
| --- |
| ……………………………………………………..(nr ewidencyjny skierowania nadanyprzez Narodowy Fundusz Zdrowia) |

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

**Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową[[1]](#endnote-1)\***

Nazwisko i imię……………………………………………………………………...…. Nr PESEL[[2]](#endnote-2)\*\*……………………….………

|  |
| --- |
| 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 uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa\* w ciągu ostatnich 3 lat (należy 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

|  |  |
| --- | --- |
|  samodzielnie poruszający się |  poruszający się przy pomocy:……………………………………………………………(określić rodzaj niezbędnej pomocy, np. wózek inwalidzki) |

Ocena sprawności ruchowej:

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[[3]](#endnote-3)\*\*\*: 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[[4]](#endnote-4)\*\*\*\*……………………………………………….……………...………………………………………………

EKG……………………………………………….……………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………...…(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) |

inne……………………………………………………….…………………………………………………………………………….

data………….………………………

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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

|  |
| --- |
| ………………………………………….……………………………...…(podpis lekarza) |

Kierunek leczniczy uzdrowiska: ……………………………………………..………………………………………………………..

data…………………..……………..

**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……………………………….

|  |
| --- |
| ………………………..………………………………………………...…(podpis osoby upoważnionej) |

data………………………………

1. \* Niepotrzebne skreślić. [↑](#endnote-ref-1)
2. \*\* W przypadku braku nr PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. [↑](#endnote-ref-2)
3. \*\*\* 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). [↑](#endnote-ref-3)
4. \*\*\*\* Należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania. [↑](#endnote-ref-4)