

.....
(numer skierowania
nadany przez komórkę organizacyjną
właściwą w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego
oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....
(podpis lekarza wystawiającego skierowanie,
numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE (AZBEST)

Część I

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ (wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

Nazwisko i imię:

Numer PESEL*:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Numer telefonu:

1. WYWIAD

(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

.....
.....

Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat:

☐ TAK – zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną ☐ NIE

Przebyte leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowisko):

.....

2. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

Waga: , wzrost: , RR:/..... , tętno:/min

⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

Skóra i węzły chłonne obwodowe:

.....

Układ oddechowy z oceną wydolności:

.....

.....

Układ krążenia z oceną wydolności według 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

..... według ICD-10 ☐☐☐

Choroby współistniejące:

..... według ICD-10 ☐☐☐

..... według ICD-10 ☐☐☐

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych**:

☐ TAK ☐ NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe:

.....

3. 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:

.....

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

Część II

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

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 i podpis lekarza)

Część III

POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy / sanatorium uzdrowiskowe / przychodnia uzdrowiskowa / zakład przyrodoleczniczy****

Uzdrowisko.....

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od do

.....
(data i podpis osoby upoważnionej)

* W przypadku braku numeru 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 2023 r. poz. 151).

*** Należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania.

**** Podkreślić odpowiednie.