

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

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

### Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową\*

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 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

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

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 poszpitalnego 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.