

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 7 lipca 2011 r.<sup>10)</sup>

## WZÓR

.....  
(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 .....

.....

<sup>10)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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 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 2020 r. poz. 1662, z późn. zm.).

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