Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r.

WZÓR

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

.....
(pieczątka 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 moczo-płciowy 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