Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 7 lipca 2011 r. (poz. 835)

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

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacje uzdrowiskową*)

Nazwisko i imię ..... nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zamieszkania

..... |_|_|-|_|_|_| ..... nr tel. .....
(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) .....

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*) 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 (jeżeli dotyczy) .....

.....

Układ trawienny .....

.....

Układ moczowo-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)

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

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/rehabilitacjeę 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 .....

.....

.....

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO/REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ*

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

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

V. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(Wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*: ☐ WSKAZANE ☐ PRZECIWSKAZANE ☐ BRAK WSKAZAŃ

Propozycja rodzaju i miejsca leczenia: .....

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe zaznaczyć):

☐ SZPITAL UZDROWISKOWY ☐ SANATORIUM UZDROWISKOWE ☐ PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data ....
podpis i pieczęć lekarza

VI. 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 i pieczęć osoby upoważnionej)

*) Niepotrzebne skreślić.

**) 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. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz. 390 i Nr 112, poz. 654).

SAMed® MEDICAL PARTNER