

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 18 maja 2022 r. (poz. 1214)

Załącznik nr 1*WZÓR*

.....
(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

- 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 NIEOcena 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:,

- 3 -

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 przyrodolecznicy****

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 2021 r. poz. 1301).

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

**** Podkreślić odpowiednie.