

WZÓR

.....
nr skierowania
(nadany przez komórkę organizacyjną
właściwą w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego
oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....
pieczęć lekarza
wystawiającego skierowanie
nr umowy zawartej
z Narodowym Funduszem Zdrowia

SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE (AZBEST)

Część I (wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

nazwisko i imię

nr PESEL

adres zamieszkania

adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
.....
.....
nr telefonu

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO UBEZPIECZONEGO

(w przypadku osób ubezwłasnowolnionych)

nazwisko i imię

adres zamieszkania

adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres
zamieszkania)

nr telefonu

WYWIAD

(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby,
dotychczasowe leczenie):

.....
.....

Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe
2. Układ oddechowy
3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny^{*}), ciśnienie krwi tętno/min ocena stopnia niewydolności krążenia wg NYHA
4. Układ trawienia
5. Układ moczowo-płciowy
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....
7. Układ nerwowy i narządów zmysłów
8. Rozpoznanie (schorzenie stanowiące podstawę wystawienia skierowania - nr statystyczny ICD-10)
9. Schorzenia współistniejące (nr statystyczny ICD-10)
10. Kopie lub oryginały aktualnych wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, OB, morfologii krwi, badania moczu, rtg klatki piersiowej, EKG i inne (w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kartę informacyjną ze szpitala)
.....
.....
11. Uzasadnienie wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe

Część II

(wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO

.....
.....

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego)

Część III

(wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE

Leczenie wskazane/leczenie przeciwwskazane^{*)}

.....

Propozycja rodzaju i miejsca leczenia

.....

- 1) leczenie w szpitalu uzdrowiskowym^{*)}
- 2) leczenie w sanatorium uzdrowiskowym^{*)}
- 3) leczenie w przychodni uzdrowiskowej^{*)}
- 4) leczenie w zakładzie przyrodolecznicznym^{*)}

Propozycja czasu trwania leczenia

.....

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

Część IV

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE

Uzdrowisko

Rodzaj leczenia:

- 1) leczenie w szpitalu uzdrowiskowym^{*)}
- 2) leczenie w sanatorium^{*)}
- 3) leczenie w przychodni uzdrowiskowej^{*)}
- 4) leczenie w zakładzie przyrodolecznicznym^{*)}

Tryb leczenia:

- 1) ambulatoryjny^{*)}
- 2) stacjonarny^{*)}

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego

(nazwa i miejscowość)

Termin leczenia od do

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)

^{*)} Odpowiednie podkreślić.