

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

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

### Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację 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) .....

Przebyte 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 moczopłciowy 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 


Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych<sup>\*\*</sup>:  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 .....

**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 pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

**V. 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

Propozycja miejsca leczenia „UZDROWISKO-RABKA” S.A. - „OLSZÓWKA” .....

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).