

.....
nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Pieczętka Świadczeniodawcy z numerem umowy
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe

(Wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

Leczenie stacjonarne

Leczenie ambulatoryjne

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Adresnr tel.
Ulica - nr nr kodu miejscowość

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Dotyczy dzieci od 3 – 18 lat

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka,..... PESEL.....

Rodzaj szkoły, klasa:.....

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

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci).....

Leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok; 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 moczopłciowy z oceną wydolności nerek

Układ ruchu z oceną zdolności do samodzielności i samoobsługi

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. **WPISAĆ 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;**

data.....

podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

V. **OŚWIADCZENIE – WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA LUB OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ**

Oświadczam, że jestem świadczeniobiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Wyrażam zgodę na przetwarzanie dla celów leczenia uzdrowiskowego moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, stosownie do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

data.....

czytelny podpis ubezpieczonego lub opiekuna osoby ubezpieczonej

VI. **OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE** (wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Funduszu).

Leczenie uzdrowiskowe :

WSKAZANE

PRZECIWWSKAZANE

BRAK WSKAZAŃ

Propozycja rodzaju i miejsca leczenia:

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe podkreślić) oraz propozycja czasu trwania leczenia uzdrowiskowego:

1) SZPITAL UZDROWISKOWY

2) SANATORIUM UZDROWISKOWE

3) PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data.....

podpis i pieczęć lekarza.....

VII. **POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE** (wypełnia oddział wojewódzki Funduszu, zgodnie z właściwością

określoną w art. 33 ust. 2 z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa,

Uzdrowisko

zakład lecznictwa uzdrowiskowego

W przypadku leczenia stacjonarnego: termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od..... do.....

W przypadku leczenia ambulatoryjnego: termin ważności skierowania (dzień, miesiąc, rok) do.....i okres leczenia

(liczba dni)

data

podpis i pieczęć osoby upoważnionej.....

U W A G A:

1. SKIEROWANIE Z NIEPEŁNYMI INFORMACJAMI NIE BĘDZIE ROZPATRYWANE.

2. W PRZYPADKU SKIEROWANIA NA LECZENIE AMBULATORYJNE ŚWIADCZONIOWOŚĆ JEST ZOBOWIĄZANY DO UZGODNIENIA TERMINU ROZPOCZĘCIA LECZENIA Z ZAKŁADEM LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO, DO KTÓREGO OTRZYMAŁ SKIEROWANIE NIE PÓŹNIEJ NIŻ 14 DNI PRZED PLANOWANĄ DATA ROZPOCZĄCIA LECZENIA.

