Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 1030)

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

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 □ 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

…… 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: ……,

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 przyrodoleczniczy****

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 2024 r. poz. 1420 i 1572).

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

**** Podkreślić odpowiednie.