

(nr ewidencyjny skierowania nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

(oznaczenie świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

Nazwisko i imię nr PESEL **

Adres zamieszkania

(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 onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat: ☐ TAK – zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną ☐ NIE

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (należy 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 moczopięciowy z oceną wydolności nerek

Układ ruchu