

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 zmysłów

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\*\*\*: ☐ 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

data

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

### IV. 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

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

(podpis lekarza)

### V. 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 osoby upoważnionej)

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadku braku nr 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 2017 r. poz. 1056).

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