

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Adres nr 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 moczowo-płciowy 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

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

UZDROWISKO: NADMORSKIE NIZINNE PODGÓRSKIE GÓRSKIE

RODZAJ LECZENIA: SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci im. Dr A. Szebesty w Rabce-Zdroju ul. Dietla 5

data.....

podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

V. OŚWIADCZENIE – WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

Oświadczam, że jestem ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia. 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 póź. zm.).

data.....

czytelny podpis ubezpieczonego lub opiekuna

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 miejsca leczenia:

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe podkreślić)

SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data.....

podpis i pieczęć lekarza

VII. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia oddział wojewódzki Funduszu)

Rodzaj ZLU: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa,

Uzdrowisko:Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od..... do.....

data

podpis i pieczęć osoby upoważnionej