

**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 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 wg. ICD-10 

--	--	--

Choroby współistniejące ..... 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

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