

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 czerwca 2025 r. (Dz. U. poz. 772)

WZÓR

.....
(nr ewidencyjny skierowania nadany
przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe / rehabilitację uzdrowiskową*

Imię (imiona) i nazwisko:, nr PESEL**:

Adres miejsca zamieszkania

.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania)

.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Imię (imiona) i nazwisko 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 moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

układ ruchu:

zdolność do samoobsługi: ☐ TAK ☐ NIE

ocena sprawności ruchowej: ☐ samodzielnie poruszający się
☐ poruszający się za pomocą:
(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 uzdrowskowe / rehabilitację uzdrowskową (do wyboru minimum jedna pozycja):

- ☐ uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego
- ☐ kontynuacja leczenia szpitalnego / rekonwalescencja poszpitalna
- ☐ kontynuacja rehabilitacji szpitalnej
- ☐ poprawa sprawności ruchowej
- ☐ poprawa wydolności krążeniowej / zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego
- ☐ poprawa wydolności oddechowej
- ☐ leczenie przeciwbólowe
- ☐ leczenie przeciwobrzękowe
- ☐ profilaktyka powikłań odległych
- ☐ leczenie dietetyczne
- ☐ redukcja wagi
- ☐ inny powód (podać jaki):

Leczenie w warunkach:

- ☐ stacjonarnych ☐ ambulatoryjnych (miejscowość:, termin:)

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego należy 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 UZDROWSKOWE / REHABILITACJĘ UZDROWSKOWĄ*

(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej po odbytych kursie z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po odbytych kursie z zakresu podstaw balneologii zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowskowe / rehabilitacja uzdrowskowa*: ☐ wskazane ☐ przeciwwskazane ☐ brak wskazań
Uzdrowsko: ☐ nadmorskie ☐ nizinne ☐ podgórskie ☐ górskie

Rodzaj świadczenia:

- ☐ uzdrowskowe leczenie szpitalne ☐ uzdrowskowe leczenie sanatoryjne ☐ uzdrowskowe leczenie ambulatoryjne
☐ uzdrowskowa rehabilitacja w szpitalu uzdrowskowym ☐ uzdrowskowa rehabilitacja w sanatorium uzdrowskowym
Kierunek leczniczy uzdrowska:

..... (data) (podpis lekarza)

V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWSKOWE / REHABILITACJĘ UZDROWSKOWĄ*

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowskowego: szpital uzdrowskowy / sanatorium uzdrowskowe / przychodnia uzdrowskowa*.

Uzdrowsko: Zakład lecznictwa uzdrowskowego:
Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od do

..... (data) (podpis osoby uprawnionej)

* Niepotrzebne skreślić.

** 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 uzdrowskowym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1420 i 1572).

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