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 uzdrowiskowe / rehabilitację uzdrowiskową (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 UZDROWISKOWE / REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej po odbytym kursie z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po odbytym kursie z zakresu podstaw balneologii 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 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 uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz U z 2024 r poz 1420 i 1572)
**** Należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania