

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 

--	--	--

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 .....

**IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO/REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ\***

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

data .....  
.....  
(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

**V. 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

Propozycja miejsca leczenia .....

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwie zaznaczyć):

☐ SZPITAL UZDROWISKOWY ☐ SANATORIUM UZDROWISKOWE ☐ PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data .....  
.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

**VI. 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 i pieczęć osoby upoważnionej)

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* 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. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz. 390 i Nr 112, poz. 654).