

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

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

Nazwisko i imię nr PESEL

Adres zamieszkania

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

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

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

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka nr PESEL

Rodzaj szkoły, klasa

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci)

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (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 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)