Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia ……………… (poz. ….…)

Załącznik nr 1

*WZÓR*

…………………………………………………….

numer skierowania

(nadany przez komórkę organizacyjną

właściwą w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego

oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

………………………………………………………

(podpis lekarza wystawiającego skierowanie,

numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

SKIEROWANIE

NA LECZENIE UZDROWISKOWE (AZBEST)

Część I

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

(wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

Nazwisko i imię ………………………………………...………………………………………………..…...

Numer PESEL\*…………………………….…………………………………………………….…………..

Adres zamieszkania ………………………………………………...………………………………..……….

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) ……………………….……………..……

…………………………………………………………………………………………………..……………

Numer telefonu ………………………………...…………………………………………………..…………

I. WYWIAD

(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

 ………………………………………………………………………………………….……...…………….

Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat:

 TAK - zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną  NIE

Przebyte leczenie uzdrowiskowe 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 według 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)

Układ nerwowy, narządy zmysłu………………………………………………………………………………

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

………………………………………………………………………………………… według ICD-10 

Choroby współistniejące: ……………………………………………………………... według ICD-10 

……………………………………………………………...………………………..... według ICD-10 

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych\*\*:

 TAK  NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe ………………………………..……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

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 …...………………………………………………….……………………………………………………

……………………………………………………

(data i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

Część II

OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE

(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowiskowe:  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 i podpis lekarza)

Część III

POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy/sanatorium uzdrowiskowe/przychodnia uzdrowiskowa/zakład przyrodoleczniczy\*\*\*\*

Uzdrowisko…………………………………………………………………..………………………………..

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego …………………………………………..…...……………....................

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od ……………...…………..… do ……………………….………

………………………………………………..………….

(data i podpis osoby upoważnionej)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* 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 2021 r. poz. 1301).

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

\*\*\*\* Podkreślić odpowiednie.

Załącznik nr 2

*WZÓR*

Część I

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

…………………………………………………………….

(oznaczenie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

ZBIORCZE ZESTAWIENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM UZDROWISKOWYM OSÓB UPRAWNIONYCH (AZBEST)

(poniesionych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

na obszarze działania oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania z leczenia uzdrowiskowego | Termin leczeniaod - do | Liczba osobodni | Wysokość opłaty według standardu zgodnie z obowiązującymi przepisami | Kwota podlegająca zwrotowi (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Razem kwota podlegająca zwrotowi: |  |

Stosownie do § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. poz. 1920, z późn. zm.) kwotę: …………………… zł (słownie: …………..……………………) należy przekazać na rachunek: ……………………………………… (numer rachunku bankowego właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

 ………………………………………..

(data i podpis osoby sporządzającej, dyrektora oddziału wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia lub osoby upoważnionej)

**CZĘŚĆ** **II**

(WYPEŁNA MINISTERSTWO ZDROWIA)

Akceptuję zwrot z budżetu państwa wydatków w wysokości ……………… zł (słownie: …………….…………………) poniesionych przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmujących koszty, o których mowa w 7a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2020 r. poz. 1680).

 ……..………………………………….

(data i podpis ministra właściwego do spraw zdrowia lub osoby upoważnionej)