

.....  
data

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

## Skierowanie na rehabilitację po COVID – 19 w podmiotach lecniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego

Nazwisko i imię..... Nr PESEL.....

### Adres zamieszkania

.....  
(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)

=====

### **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

**SZCZEPIENIA P/COVID** TAK ( data szczepień ) – NIE .....

### **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

Układ nerwowy, narządy zmysłu

.....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania

**U.07.1 (COVID-19) lub U.10 (Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19)** - 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 - **Stan po COVID-19 wymagający rehabilitacji.**

**III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ** laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych

(w przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala).

CRP .....OB..... morfologia krwi.....

RTG klatki piersiowej z opisem .....

EKG.....

inne.....

data.....

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

**IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ - Rehabilitacja po COVID-19 finansowana z NFZ**

(wypełnia lekarz POZ w miejscu zamieszkania)

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa - **Skierowanie na rehabilitację po COVID – 19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego finansowana z NFZ**

\*: Wskazane Przeciwwskazane Brak wskazań

Uzdrowisko: **H-USOP"SCH" w Warszawie o/ w Piwnicznej Zdroju Sanatorium Uzdrowiskowe „Limba” 33-350 Piwniczna Zdrój ul. Krynicka 3**, cz. VII kodu resortowego 003, cz. VIII kodu resortowego 6500.

**Rodzaj świadczenia:**

Uzdrowiskowa rehabilitacja w sanatorium uzdrowiskowym **Skierowanie na rehabilitację po COVID – 19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego finansowana z NFZ**

data.....

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

**V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA** (wypełnia lekarz w sanatorium) - **Skierowanie na rehabilitację po COVID – 19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego**

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego:

Uzdrowisko - **H-USOP"SCH" w Warszawie o/ w Piwnicznej Zdroju Sanatorium Uzdrowiskowe „Limba” 33-350 Piwniczna Zdrój ul. Krynicka 3**, cz. VII kodu resortowego 003, cz. VIII kodu resortowego 6500.

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

Przedłużony pobyt od.....do .....

data.....

(podpis lekarza/ osoby upoważnionej w sanatorium )