

.....
data

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

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

Nazwisko i imię..... Nr PESEL.....

Adres zamieszkania

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

__ - __ - ____
(kod pocztowy)

.....
(mięscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

__ - __ - ____
(kod pocztowy)

.....
(mięscowość)

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: samodzielnie poruszający się TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej - 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).

CRPOB..... 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 Krynicy-Zdroju Sanatorium Uzdrowiskowe „Watra” 33-380 Krynica-Zdrój ul. Piękna 19** , cz. VII kodu resortowego 005, 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 Krynicy-Zdroju Sanatorium Uzdrowiskowe „Watra” 33-380 Krynica-Zdrój ul. Piękna 19** , cz. VII kodu resortowego 005, cz. VIII kodu resortowego 6500.

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

Przedłużony pobyt od.....do

data.....

(podpis lekarza/ osoby upoważnionej w sanatorium)