

Choroby współistniejące wg. ICD-10

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe: w g. ICD-10

III. WPISAĆ AKTUALNE WYNIKI BADAŃ: laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. W przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala.

OB. morfologia krwi

Badanie moczu

rtg klatki piersiowej

EKG.....

inne

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO (nie wiąże NFZ)

UZDROWISKO: NADMORSKIE NIZINNE PODGÓRSKIE GÓRSKIE

RODZAJ LECZENIA: SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

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

V. OŚWIADCZENIE - WYPELNIŃ OSOBA UBEZPIECZONA

Oświadczam, że jestem ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie dla celów leczenia uzdrowiskowego moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, stosownie do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z póź. zm.).

data..... czytelny podpis ubezpieczonego lub opiekuna

VI. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Funduszu).

Leczenie uzdrowiskowe : WSKAZANE PRZECIWWSKAZANE BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia:.....

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe podkreślić)

SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data..... podpis i pieczęć lekarza

VII. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia oddział wojewódzki Funduszu)

Rodzaj ZLU: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa,

Uzdrowisko: Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego.....

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) oddo.....

data

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję Pana/Panią

(imię ojca)

ur.

w

miejsce zamieszkania

1. Stan cywilny: 1) panna/kawaler 4) rozwiedziona(y)
2) zamężna/zonaty 5) brak danych
3) wdowa/wdowiec
2. Zatrudnienie 1) czynna(y) zawodowo 4) bezrobotna(y)
2) emeryt(ka)/rencista(ka) 5) utrzymuje się z innych źródeł
3) na utrzymaniu innych osób 6) brak danych
3. Wykształcenie: 1) podstawowe, 2) zawodowe, 3) średnie, 4) wyższe, 5) inne/niepełne,
6) brak danych

4. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód

5. Osoba badana nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie*

6. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy):

1) małżonek

(imię, nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca faktyczną opiekę

(imię, nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy

(imię, nazwisko, adres)

7. Wywiad od osoby badanej

8. Wywiad od rodziny i innych osób

* Właściwe podkreślić

9. Ocena stanu fizycznego

10. Ocena stanu psychicznego

11. Rozpoznanie wstępne

12. Stwierdzam, że**

1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób

Uzasadnienie

2) nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

13. Osoba badana ma być dowieziona do szpitala przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego: tak - nie*
Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego

15. Skierowanie ważne jest 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Właściwe podkreślić
** Niepotrzebne skreślić

D Z I A Ł I I

(Wypełnia Urząd Stanu Cywilnego)

Nr aktu zgonu _____

Data rejestracji

rok 20 | mies. | dzień |

15. Kod terytorialny miejsca rejestracji: _____ 16. Nr kolejny formularza (wypełnia urząd statystyczny): _____

17. Stan cywilny*	18. Wykształcenie ukończone*
1. kawaler 2. panna 3. żonaty 4. zamężna 5. separowany	6. separowana 7. rozwiedziony 8. rozwiedziona 9. wdowiec 10. wdowa
	1. wyższe 2. policealne 3. średnie 4. zasadnicze zawodowe 5. gimnazjalne 6. podstawowe 7. niepełne podstawowe

19. Źródło utrzymania*

A: Praca	B: Niezarobkowe	C: Inne dochody
1. najemna w sektorze publicznym 2. najemna w sektorze prywatnym 3. na rachunek własny w rolnictwie 4. na rachunek własny poza rolnictwem	5. emerytura 6. renta z tytułu niezdolności do pracy 7. zasiłek dla bezrobotnych 8. inne	D: Na utrzymaniu <input type="checkbox"/> (wisać symbol osoby utrzymującej: 1-8 lub C)

20. Miejsce zamieszkania

_____ (nazwa miejscowości) _____ (symbol terytorialny (wypełnia urząd statystyczny))

_____ gmina (dzielnica) _____
 _____ powiat _____
 _____ województwo _____

21. Wypełniać tylko dla osób o stanie cywilnym: _____ żonaty (zamężna)

Dane wdowca (wdowy) _____

Nr PESEL _____

Nazwisko _____

Imię (imiona) _____

Nazwisko rodowe _____

Data urodzenia _____ rok _____ mies. _____ dzień _____

Rok zawarcia związku małżeńskiego _____

22. Rok zawarcia związku małżeńskiego rodziców _____

Wypełniać tylko dla dziecka w wieku do 1 roku

23. Data urodzenia matki dziecka _____ rok _____ mies. _____ dzień _____

* Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok 20 | mies. | dzień |

..... (podpis kierownika Urzędu Stanu Cywilnego).....

KARTA ZGONU (dla celów pochowania zwłok)

Wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu

1. Imię i nazwisko zmarłego 2. Płeć*
 męska
 żeńska

3. Data i miejsce urodzenia

4. Data zgonu

5. Miejsce zgonu

6. Ostatnie miejsce zamieszkania

7. Dziecko martwo urodzone: tak** nie**

8. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o orientacjach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 i Nr 120, poz. 1268 z późn. zm.), tak** nie**

..... (pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)

Wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu

KARTA ZGONU
(dla celów USC)

1. Imię i nazwisko zmarłego 2. Płeć*
 męska
 żeńska

3. Data i miejsce urodzenia

4. Data zgonu

5. Miejsce zgonu

..... (pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)

* Niepotrzebne skreślić.

** Właściwe zaznaczyć.

 - linia oddęcia

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko ubezpieczonego(ej)

Data urodzenia ; Adres

Tożsamość ustalono na podstawie dowodu osobistego*/paszportu* seria nr

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia – należy uwzględnić od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), dłuższe okresy czasowej niezdolności do pracy

* niepotrzebne skreślić

3. Wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących

4. Ocena wyników leczenia i rokowanie (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji)

5. Ubezpieczony(a) jest:

zdolny(a); niezdolny(a) do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

załączniki :

.....
podpis i pieczęć lekarza

UWAGA: Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku o świadczenie

N-9 Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydane przez lekarza prowadzącego leczenie

ZUS Wyd. Poligr. we Wrocławiu. Nakł. 73 000 egz. Zam. nr 486/08.

(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (DzU 120, poz. 767) orzeka się, że:

u
imię i nazwisko

urodzonego dnia miesiąca roku

zamieszkałego w

- kandydata do szkoły wyższej,*
- studenta szkoły wyższej,*
- uczestnika studiów doktoranckich,*

W
nazwa i adres szkoły wyższej* lub jednostki, w której odbywają się studia doktoranckie oraz wydziału(wydziałów)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do

- podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich.*

Data następnego badania

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich.*

*) właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badania

POUCZENIE

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO

Pacjent
(imię i nazwisko)

Data ur.

Adres

Opis udzielonego świadczenia
.....
.....

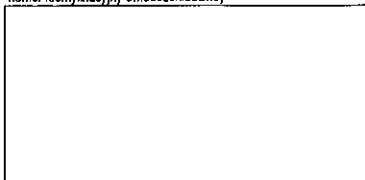
Zalecenia: wymaga objęcia stałą opieką poradni specjalistycznej
nie wymaga pozostawania pod stałą opieką poradni specjalistycznej *

Zalecenia szczególne:

.....
.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć wykonującego świadczenie

* *potrzebne zakreślić*



ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie

chorego(ej).....

.....lat.....

imię i nazwisko

adres.....

PESEL

telefon.....

rozpoznanie.....

w języku polskim

kod(ICD10).....

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z.....

nazwa jednostki, adres

w dniu..... o godzinie.....

w pozycji.....

do.....

nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 roku w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2003r Nr 88, poz. 815) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
2. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

II stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
Podpis ubezpieczonego

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza praktykującego indywidualnie)
.....

.....
(Nr identyfikacyjny REGON)
.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

U
(imię i nazwisko)
urodzonego dnia miesiąca roku

zamieszkałego w
- kandydata szkoły ponadpodstawowej,*
- ucznia szkoły ponadpodstawowej.*

- W
1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia*^(nazwa i adres szkoły)/kontynuowania* nauki
Data następnego badania
2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia*/kontynuowania* nauki.
*) Właścicie podpisie

..... dnia r.
(Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badania)

POUCZENIE

Kandydat do szkoły lub uczeń szkoły otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Jeżeli osoba, której zaświadczenie dotyczy, nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych wniosek może złożyć jej przedstawiciel ustawowy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

....., dnia 200... r.

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Panią/Pana, lat

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu
(nazwa jednostki)

W
(adres)

oddział
(nazwa oddziału)

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... kod (ICD 10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
pieczęć i podpis lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon
numer umowy

.....
(miejsowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do Szpitala:

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent
(imię i nazwisko)

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

.....
Pieczęć jednostki organizacyjnej służby
medycyny pracy
(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

.....
(miejsowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE Nr
z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2003 roku, w sprawie badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 1975), stwierdzono, że:

Pan(i)
(imię i nazwisko)

Nr PESEL

zamieszkały(a) w
zatrudniony(a)/ubiegający(a) się* o zatrudnienie

W
(nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

.....
na stanowisku

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a) do podjęcia/wykonywania* prac

Data następnego badania

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny(a) do podjęcia/wykonywania* prac

a) trwale

b) czasowo na okres
Data następnego badania

.....
(podpis i pieczęć lekarza
przeprowadzającego badanie)

POUCZENIE

Osoba zainteresowana/przedsiębiorca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane po raz pierwszy w tym ośrodku - do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.*

Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania.*

* Niepotrzebne skreślić.

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

....., dnia 200 .. r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
nazwa pracowni

Proszę o badanie
(rodzaj badania)

u Pana(i), lat

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon

Rozpoznanie
(w języku polskim)

.....
kod(ICD10)

Cel badania (uzasadnienie)

.....
.....

Badania dotychczas wykonane

.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania

.....
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

....., dnia 200 .. r.

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią(Pana), lat

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... kod(ICD10)

Cel porady (uzasadnienie)

.....
.....

Badania dotychczas wykonane

.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

* właściwe podkreślić

(pieczęć zakładu)

....., dn. r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i nr dowodu tożsamości ¹⁾

zamieszkały(a)

Rozpoznanie ²⁾

Cel wydania zaświadczenia

Pieczęć i podpis lekarza

Uwaga:

- 1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.
- 2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie

Pieczęć zakładu
lecniczego

**ZLECENIE NA ZABIEGI
DOKONYWANE PRZEZ
FELCZERÓW-PIELĘGNIARKI**

Nazwisko i imię chorego

Adres

Rodzaj zabiegu

w gabinecie *)
domu chorego *)

Nazwa leku – dawka

Ilość zabiegów

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

*) niepotrzebne skreślić

Mz/Pom-4 Z-42 Druk: **STOLGRA**P 58-141 Stanowice

Data

wykonanie zabiegu

Uwagi:

Po dokonaniu zabiegów dołączyć do karty chorego.