



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 18 czerwca 2019 r.

Poz. 1136

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 4 czerwca 2019 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową**

Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. poz. 835) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2:
  - a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) w przypadku dorosłych:

    - a) okres, jaki upłynął od dnia zakończenia przez świadczeniobiorcę ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej – nie wcześniej niż przed upływem 12 miesięcy od tej daty,
    - b) zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, nie częściej niż raz na 18 miesięcy.”,
  - b) uchyla się ust. 4,
  - c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Skierowanie, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza, pod rygorem utraty ważności skierowania, przesyła się do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE” albo „SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ”. Skierowanie może być przesłane przez świadczeniobiorcę wskazanego w skierowaniu.”;
- 2) w § 7 uchyla się ust. 2;
- 3) uchyla się § 9;
- 4) załącznik do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** Skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność. Do tych skierowań stosuje się § 2 ust. 6 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu dotychczasowym.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730, 752 i 1078.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 czerwca 2019 r. (poz. 1136)

WZÓR

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

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

**Skierowanie na leczenie uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową\***

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)

**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 onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat:  TAK – zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną  NIE

Przebyte leczenie uzdrowskowe/rehabilitacja uzdrowskowa\* w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowsko):

.....

**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)

Układ nerwowy, narządy zmysłów .....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

..... 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\* .....

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

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

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

badanie ogólne moczu .....

RTG klatki piersiowej\*\*\*\* .....

EKG .....

inne .....

data .....

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

### IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ\*

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

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa\*:  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 .....

(podpis lekarza)

### V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ\*

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

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

Uzdrowisko ..... Zakład lecznictwa uzdrowiskowego .....

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

data .....

(podpis osoby upoważnionej)

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadku braku nr 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 2017 r. poz. 1056).

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