



#### IV. WYWIAD

##### 1. Główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie:

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

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci) .....

Leczenie Uzdrawiskowe w ciągu ostatnich trzech lat (rok, uzdrowisko) .....

Leczenie w kopalni soli (rok) .....

##### 2. Badanie przedmiotowe

Wzrost: ..... Waga ..... Ciśnienie ..... Tętno .....

Skóra: .....

Węzły chłonne obwodowe .....

Układ oddechowy z oceną wydolności .....

Układ krążenia z oceną wydolności .....

Układ trawienny: .....

Układ moczowo – pęciowy z oceną wydolności nerek .....

Układ ruchu z oceną zdolności do samodzielności i samoobsługi .....

Układ nerwowy, narządy zmysłów .....

#### V. ROZPOZNANIE

Choroba zasadnicza ..... wg ICD-10

Choroby współistniejące ..... wg ICD- 10

.....

#### VI. AKTUALNE WYNIK BADAŃ

OB .....

Morfologia .....

Mocz .....

RTG klatki piersiowej .....

EKG .....

Inne .....

#### VII. WYKAZ JEDNOSTEK CHOROBYCH: kwalifikujących do rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku dziennym (zgodnie z zał. 4 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2008/DSOZ)

##### CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH:

J30 – naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa

J31 – przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i gardła

J32 – przewlekłe zapalenie zatok przynosowych

J37 – przewlekłe zapalenie krtani oraz krtani i tchawicy

J40 – zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe

J44 – przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)

J45 – astma oskrzelowa

J47 – rozstrzenie oskrzeli

J95 – chirurgiczne (pozabiegowe) zaburzenia układu oddechowego niesklasyfikowane gdzie indziej

J98 – inne choroby układu oddechowego

**Skierowanie wypełnia Lekarz poradni: rehabilitacji medycznej, gruźlicy i chorób płuc, alergologii, laryngologii, pulmonologii.**

Data .....

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

1. Nazwisko i Imię .....
2. Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że jako opiekun ..... uczestniczącego / uczestniczącej w Turnusie Lecznicyz Rehabilitacji Pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii realizowanym w podziemnych komorach Kopalni Soli w Bochni, zostałem poinformowany o wszelkich zdrowotnych przeciwwskazaniach do zjazdu do kopalni. Decydując się na sprawowanie opieki nad w/w pacjentem, biorę pełną odpowiedzialność za swój stan zdrowia oraz jestem świadomy(a) ryzyka wystąpienia pogorszenia stanu mojego zdrowia w przypadku zatajenia jednostki chorobowej stanowiącej przeciwwskazanie do przebywania w kopalni soli w Bochni i w przypadku zaistnienia takiej sytuacji nie będę wnosil(a) roszczeń o odszkodowanie finansowe.

Data .....

.....  
**Czytelny podpis oświadczającego**

### PRZECIWWSKAZANIA DO PRZEBYWANIA W PODZIEMNYCH WYROBISKACH KOPALNI SOLI W BOCHNI:

- choroby o ostrym przebiegu
- podwyższona temperatura ciała i gorączka
- stan po zawale mięśnia sercowego (okres 6 miesięcy)
- niewydolność krążeniowa i oddechowa
- niewydolność narządowa wątroby i nerek
- tętniak serca lub tętnicy
- niestabilna dusznica bolesna
- nieuregulowane nadciśnienie tętnicze
- nadciśnienie tętnicze III stopnia z dwoma i więcej czynnikami ryzyka
- chromanie przestankowe
- choroby reumatyczne
- ostre choroby zakaźne
- przewlekłe choroby zakaźne (czynna gruźlica, choroby weneryczne, choroby pasożytnicze)
- ogniska zapalne (ropne zapalenie migdałków, ropne zapalenie zatok obocznych nosa, ropnie okołozębowe grzybice skóry)
- nowotwory złośliwe oraz stany przednowotworowe
- pełnoobjawowe postacie nadczynności i niedoczynności tarczycy
- niewyrównana cukrzyca
- padaczka z napadami mimo systematycznego leczenia
- choroby psychiczne, w tym klaustrofobia
- ciąża i okres karmienia
- stan po spożyciu substancji odurzających (alkohol, narkotyki itp.)

W przypadku występowania, nie wymienionych powyżej, chorób neurologicznych, kardiologicznych, reumatycznych, immunologicznych lub innych konieczna jest konsultacja z lekarzem prowadzącym.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do zjazdu i nie posiadam żadnej z wymienionych jednostek chorobowych.

Data .....

.....  
**Czytelny podpis oświadczającego**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA TURNUSU LECZNICZEGO  
KORZYSTAJĄCEGO Z ZAKWATEROWANIA**

Dotyczy:

14 dniowy Turnus Leczniczy w terminie\*: .....

**\*terminy podane w harmonogramie turnusów**

**Rodzaj pokoju:**

Pokój jednoosobowy

Pokój dwuosobowy

Pokój trzyosobowy

Oświadczam, że nie będę zgłaszał roszczeń z tytułu niedopuszczenia mnie do zjazdów rehabilitacyjna – leczniczych do podziemnych komór solnych w przypadku niezdolności, stwierdzonej przez lekarza NZOZ Uzdrawisko Kopalnia Soli Bochnia Sp. z o.o. Wówczas zostanie zwrócona wpłacona zaliczka.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią niniejszego skierowania na leczenie i warunkami uczestnictwa w imprezach turystycznych organizowanych przez Uzdrawisko Kopalnia Soli Bochnia Sp. z o.o. i wyrażam zgodę na zaproponowane mi warunki.

**Data** .....

.....

**Czytelny podpis kuracjusza  
lub opiekuna prawnego dziecka**