



BOCHNIA kopalnia
możliwości

pieczętka świadczeniodawcy z numerem umowy
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

SKIEROWANIE NA TURNUS LECZNICZY REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA Z WYKORZYSTANIEM METOD SUBTERRANEOTERAPII

I. DANE PACJENTA

1. Nazwisko i Imię _____
2. Data i miejsce urodzenia: _____ 3. PESEL
4. Adres zameldowania _____
(kod pocztowy, miejscowość, województwo)
- _____ Tel. _____ E-mail: _____
(ulica, nr domu, nr lokalu)
5. Adres do korespondencji* _____

* jeżeli jest inny niż adres zameldowania

II. NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA DZIECKA OD 3 DO 8 ROKU ŻYCIA

- | | |
|---|--|
| 1. Nazwisko i Imię _____ | 1. Nazwisko i Imię _____ |
| 2. PESEL _____ | 2. PESEL _____ |
| 3. Adres zamieszkania: _____
(kod pocztowy, miejscowość) | 3. Adres zamieszkania _____
(kod pocztowy, miejscowość) |
| _____ (ulica, nr domu, nr lokalu) | _____ (ulica, nr domu, nr lokalu) |
| 4. Tel. _____ | 4. Tel. _____ |
| 5. E-mail: _____ | 5. E-mail: _____ |

III. OŚWIADCZENIE (wypełnia osoba ubezpieczona, rodzic lub opiekun prawny)

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 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz.926, z późn.zm.).

Data _____

Czytelny podpis ubezpieczonego, rodzica
lub opiekuna prawnego dziecka



BOCHNIA kopalnia
możliwości

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 – płciowy 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 _____

PRZYPOMINAMY O ZABRANIU ZE SOBĄ DOKUMENTACJI DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA I LEKARSTW

Data _____

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego



BOCHNIA kopalnia
możliwości

OŚWIADCZENIE

Wybieram:

14 dniowy Turnus Lecznicy 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 Uzdrowisko 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 Uzdrowisko Kopalnia Soli Bochnia Sp z o.o i wyrażam zgodę na zaproponowane mi warunki.

Data _____

**Czytelny podpis kuracjusza
lub opiekuna prawnego dziecka**