

....., dnia.....20.....r.

/pieczęć jednostki kierującej/

SKIEROWANIE DO OŚRODKA /ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ

Uzdrowisko Kopalnia Soli „Wieliczka” - Podziemny Ośrodek Rehabilitacji Pulmonologicznej

.....
(nazwa ośrodka/oddziału)

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym:

Panią/Pana.....lat.....

Adres

PESEL

Telefon.....

Rozpoznanie.....

.....Kod-ICD10 przypis 1

Cel(uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

..... przypis 2

..... przypis 3

/podpis i pieczęć lekarza kierującego/

----- ↓↓↓↓ ----- Wypełnia oddział/ośrodek rehabilitacji dziennej ----- ↓↓↓↓ -----

Uwagi ośrodka/ oddziału dziennego:.....

Planowany termin rozpoczęcia rehabilitacji

- -

¹ Wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku dziennym:

- **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 (po zabiegowe) zaburzenia układu oddechowego niesklasyfikowane gdzie indziej
- **J98** - Inne choroby układu oddechowego

² Aktualne wyniki badań (ze względu na wykorzystanie podczas leczenia surowca naturalnego)

- OB.....
- Morfologia.....
- Mocz.....
- RTG klatki piersiowej.....
- EKG.....
- Inne..... (pieczętka/podpis lekarza kierującego)

³ Skierowanie wypełnia lekarz poradni specjalistycznej:

- **Rehabilitacji medycznej**
- **Gruźlicy i chorób płuc**
- **Alergologicznej**
- **Laryngologicznej**
- **Pulmonologicznej**
- **Pediatrycznej**