

Warszawa, dnia 16 czerwca 2025 r.

Poz. 772

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 10 czerwca 2025 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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) 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. z 2024 r. poz. 208) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Po dokonaniu rejestracji skierowania w postaci papierowej w sposób określony w ust. 1 lekarz specjalista w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej po ukończonym kursie z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po ukończonym kursie z zakresu podstaw balneologii, zwany dalej „lekarzem specjalistą”, zatrudniony w komórce organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, dokonuje aprobaty skierowania pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej.”;

2) w § 9a po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) wskazanie, czy realizacja świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego odbywa się w warunkach stacjonarnych czy ambulatoryjnych;”;

3) 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 rozporządzenia zachowują ważność i są potwierdzane na dotychczasowych zasadach.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.

Minister Zdrowia: *I. Leszczyna*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620 i 637.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 czerwca 2025 r. (Dz. U. poz. 772)

WZÓR

(nr ewidencyjny skierowania nadany
przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe / rehabilitację uzdrowiskową*

Imię (imiona) i nazwisko:, nr PESEL**:

Adres miejsca zamieszkania

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

__-__-____
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania)

.....
(ulica – nr domu i mieszkania)

__-__-____
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Dotyczy dzieci

Imię (imiona) i nazwisko 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 uzdrowiskowe / rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowisko):

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 moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

układ ruchu:

zdolność do samoobsługi: TAK NIE

ocena sprawności ruchowej: samodzielnie poruszający się

poruszający się za pomocą:

(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 (do wyboru minimum jedna pozycja):

- uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego
 kontynuacja leczenia szpitalnego / rekonwalescencja poszpitalna
 kontynuacja rehabilitacji szpitalnej
 poprawa sprawności ruchowej
 poprawa wydolności krążeniowej / zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego
 poprawa wydolności oddechowej
 leczenie przeciwbólowe
 leczenie przeciwobrzękowe
 profilaktyka powikłań odległych
 leczenie dietetyczne
 redukcja wagi
 inny powód (podać jaki):

Leczenie w warunkach:

- stacjonarnych ambulatoryjnych (miejsowość:, termin:

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego należy 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 lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej po odbytych kursie z zakresu podstaw balneologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub ortopedii po odbytych kursie z zakresu podstaw balneologii 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 uprawnionej)

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadku braku numeru 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 2024 r poz 1420 i 1572)

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