



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 16 czerwca 2025 r.

Poz. 772

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

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.<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. 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*

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> 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 (miejscowość: ....., 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