



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 7 czerwca 2022 r.

Poz. 1214

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 18 maja 2022 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest

Na podstawie art. 7a ust. 5 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2020 r. poz. 1680) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. poz. 1920 oraz z 2005 r. poz. 1100) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 3 w ust. 2 wyraz „balneoklimatologii” zastępuje się wyrazem „balneologii”;
- 2) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Skierowania na leczenie uzdrowiskowe wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2022 r. (poz. 1214)

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
(numer skierowania nadany przez komórkę organizacyjną właściwą w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....
(podpis lekarza wystawiającego skierowanie, numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE (AZBEST)

Część I

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ
(wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)

Nazwisko i imię:

Numer PESEL*:

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

.....

Numer telefonu:

1. WYWIAD

(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

.....
.....

Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat:

TAK – zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną NIE

Przebyte leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowisko):

.....

2. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

Waga: , wzrost: , RR:/..... , tętno:/min

- 2 -

Skóra i węzły chłonne obwodowe:

.....

Układ oddechowy z oceną wydolności:

.....

Układ krążenia z oceną wydolności według NYHA (jeżeli dotyczy):

.....

Układ trawienny:

.....

Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek:

.....

Układ ruchu:

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej: samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy:

.....

(określić rodzaj niezbędnej pomocy,
np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

.....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

..... według ICD-10

Choroby współistniejące:

..... według ICD-10

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych**:

TAK NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe:

.....

3. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH, DIAGNOSTYCZNYCH, KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH:

(w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB:, morfologia krwi:,

badanie ogólne moczu:,

- 3 -

RTG klatki piersiowej***: ,
EKG: ,
inne:
.....

.....
(data i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

Część II

OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE
(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowiskowe: 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 i podpis lekarza)

Część III

POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE
(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy / sanatorium uzdrowiskowe /
przychodnia uzdrowiskowa / zakład przyrodolecznicy****

Uzdrowisko.....

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od do

.....
(data i podpis osoby upoważnionej)

* 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 2021 r. poz. 1301).

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

**** Podkreślić odpowiednie.

WZÓR

Część I

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....
(oznaczenie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)**ZBIORCZE ZESTAWIENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM UZDROWISKOWYM
OSÓB UPRAWNIONYCH (AZBEST)**(poniesionych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
na obszarze działania oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania z leczenia uzdrowiskowego	Termin leczenia od – do	Liczba osobodni	Wysokość opłaty według standardu zgodnie z obowiązującymi przepisami	Kwota podlegająca zwrotowi (w zł)
Razem kwota podlegająca zwrotowi:					

Stosownie do § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. poz. 1920, z późn. zm.) kwotę zł (słownie:) należy przekazać na rachunek: (numer rachunku bankowego właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....
(data i podpis osoby sporządzającej, dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub osoby upoważnionej)

Część II

(wypełnia Ministerstwo Zdrowia)

Akceptuję zwrot z budżetu państwa wydatków w wysokości zł (słownie:) poniesionych przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmujących koszty, o których mowa w art. 7a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2020 r. poz. 1680).

.....
(data i podpis ministra właściwego do spraw zdrowia lub osoby upoważnionej)