

Data

oznaczenie
świadczeniodawcy *)

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Imię)	(Nazwisko)
(Nr ewidencyjny PESEL)	

Ostateczne rozpoznanie:

--	--	--	--	--

(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego **):

- 1.wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy kontynuacji leczenia w dotychczasowej poradni lub innej)
.....(specjalność)
- 2.nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy zakończenia leczenia specjalistycznego lub skierowania do POZ celem kontynuacji opieki)
.....(specjalność)
- 3.wydano skierowanie na hospitalizację

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....
.....
.....
.....
2. w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego)
.....
.....
.....
.....
3. inne (w tym wyroby medyczne oraz wizyty kontrolne)

**) pieczęć lub nadruk lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON, kod i nazwa komórki organizacyjnej, telefon, numer umowy z NFZ*

**) *potrzebne zakreślić*

*Data, nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego oraz
jego podpis*