

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

																				(Nazwisko)									
(Imię)															(Nr ewidencyjny PESEL)														

Ostateczne rozpoznanie:

--	--	--	--	--

(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)
.....
.....
.....
.....
.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

- 1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
- 2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
- 3. wydano skierowanie na hospitalizację*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

- 1. w zakresie diagnostyki.....
.....
.....
- 2. w zakresie farmakoterapii
.....
.....
.....
- 3. inne
.....
.....

* potrzebne zakreślić

Data, podpis i pieczęć wykonującego świadczenie