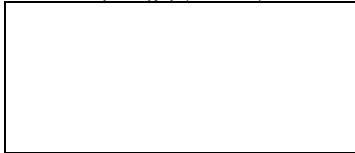


oznaczenie jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon

kod, nazwa komórki organizacyjnej

numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

Grid for name (Nazwisko)

(Nazwisko)

Grid for name (Imię)

(Imię)

Grid for PESEL number

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD-10)

Grid for diagnosis code

.....
.....

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)

.....
.....

*) potrzebne zakreślić

.....
Data, podpis i pieczętka wykonującego świadczenie