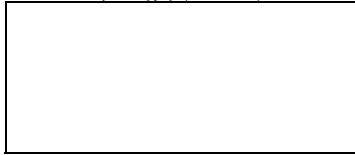


pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

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

Narodowy Fundusz Zdrowia – 2012 - wzór

załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r.

*Data, podpis i pieczęć wykonującego
świadczenie*