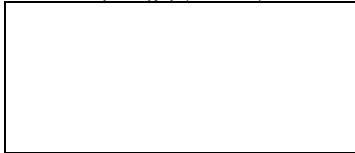


oznaczenie jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon

kod, nazwa komórki organizacyjnej

numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

Grid for entering patient name (Nazwisko)

(Nazwisko)

Grid for entering patient name (Imię)

(Imię)

Grid for entering patient PESEL number

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD-10)

Grid for entering final diagnosis

Horizontal dotted lines for additional information

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

Horizontal dotted lines for describing the service provided

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)

Horizontal dotted lines for pharmacotherapy notes

3. inne (w tym wyroby medyczne oraz wizyty kontrolne)

Horizontal dotted lines for other notes

*) potrzebne zakreślić

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