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

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

podpis i pieczątka wykonującego świadczenie