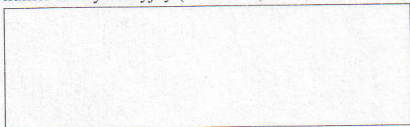


pieczęć jednostki wykonującej świadczenie,
adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

.....
(Nazwisko)

.....
(Imię)

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD-10)

.....

.....
(Nr ewidencyjny PESEL)

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 pieczęć wykonującego świadczenie