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

NFZ 2008 / zał. nr 7 do zarządzenia nr 65/2007/DSOZ

..... , dnia ..... 20..... r.

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

WZÓR

Ind. 01198 Druk: ***TYPOGRAF*** *Września, tel. 061 640 09 97*