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

.....
data wydania

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