Narodowy Fundusz Zdrowia - 2018

załącznik nr 6

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

Data .....

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:
(wg ICD-10)

.....

.....

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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)

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

*) *potrzebne zakreślić*

.....

Data, podpis i pieczątka wykonującego świadczenie