

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



### 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:

- wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej  
.....(specjalność)
- nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej  
.....(specjalność)
- 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