

.....
data

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniodawcy

(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

.....
data, podpis i pieczęć wykonującego świadczenie