

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

Data .....

## INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

### Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Imię)	(Nazwisko)	(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:   
(wg ICD-10)

.....  
.....  
Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego <sup>\*)</sup>:

- 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)  
.....  
.....

<sup>\*)</sup> potrzebne zakreślić

.....  
Data, podpis i pieczętka wykonującego świadczenie