

Data

--	--

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Imię)	(Nazwisko)
	(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:

--	--	--	--	--

(wg ICD-10)

[illegible]

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
3. wydano skierowanie na hospitalizację

1. w zakresie diagnostyki.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data, podpis i pieczęćka wykonującego świadczenie