Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ  
POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ  
PIELĘGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko …………………….…………………………………………………….……………...………

Numer PESEL I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Adres zamieszkania: ……………..…………………………………………………………………….………………………..…..

....…………………………………………………………………………………………………………...

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim):

……………………………………...…………………………………………….………………….………

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

*(do wypełnienia, jeśli jest wymagane zasadami sprawozdawczości z realizacji świadczeń na podstawie odrębnych przepisów)*

Zlecenie lekarskie *(nazwa zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania lub opis zlecanego zabiegu oraz czasookres i częstotliwość wykonywania i warunki (miejsce realizacji, inne):*

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

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….......

**Uwagi:**........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Oznaczenie lekarza poz  lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego |