Narodowy Fundusz Zdrowia – 2019 - wzór Załącznik nr 6

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

Data .....

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)

(Imię) *(Nr ewidencyjny PESEL)*

Ostateczne rozpoznanie:
(wg ICD-10)

……..

……..

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego *):

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)

.....

.....

*) *potrzebne zakreślić*

……...

Data, podpis i pieczątka wykonującego