

..... dnia ..... r.

Oznaczenie świadczeniodawcy\*

**Informacja dla lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z rozpoznaniem  
lub podejrzeniem pęcherzowego oddzielania naskórka**

**Imię i nazwisko**

.....

**Numer PESEL** (jeśli został nadany): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|**Stan kliniczny i dotychczasowy przebieg choroby:****Aktualne zapotrzebowanie na wyroby medyczne (w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa własna lub rodzajowa wyrobu	Ilość sztuk
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Aktualne zapotrzebowanie na produkty lecznicze (w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa handlowa lub czynna leku	Ilość sztuk
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Aktualne zapotrzebowanie na żywność specjalnego przeznaczenia medycznego  
(w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa handlowa środka	Ilość sztuk
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Dodatkowe istotne informacje:**

Lista załączonych dokumentów (jeżeli dotyczy):

Nadruk lub pieczęć zawierająca imię  
i nazwisko, numer prawa  
wykonywania zawodu oraz podpis  
lekarza

.....

**Uwaga:**

W przypadku podejrzenia pęcherzowego oddzielania naskórka (rozpoznanie ICD-10: Q81.9) konieczność potwierdzenia zasadności korzystania z wyrobów medycznych / produktów leczniczych / środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przez Konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii lub osobę wskazaną przez niego.

Nadruk lub pieczęć zawierająca imię  
i nazwisko, numer prawa  
wykonywania zawodu oraz podpis  
lekarza

.....

\*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON