….…………………… 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): I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

**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 pieczątka 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 pieczątka zawierająca imię   
i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

…………………………………………..

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