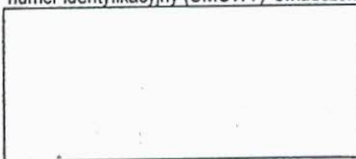


pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



24  
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)

.....

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

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

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....

.....

.....

2. w zakresie farmakoterapii

.....

.....

.....

.....

.....

3. inne

.....

.....

\* potrzebne zakreślić

Data, podpis i pieczęć wykonującego  
świadczenie