

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ POZOSTAJĄCYCH

W ZAKRESIE ZADAŃ PIEŁĘGNIARKI POZ

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

.....

Numer PESEL | | | | | | | | | |

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:)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

Miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć lekarza poz

* W przypadku zlecenia na leczenie ran wymagających długotrwałego zaopatrywania wydanie zlecenie nie może dotyczyć leczenia dłuższego niż 3 miesiące.