

oznaczenie świadczeniodawcy wykonującego świadczenie \*  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data .....

## INFORMACJA DLA LEKARZA POZ/LEKARZA KIERUJĄCEGO

### Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)	
(Imię)	(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:  
(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego (właściwie zakreślić):

- 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 POZ / lekarza kierującego:

- 1) w zakresie diagnostyki .....
- 2) w zakresie farmakoterapii .....
- 3) inne .....

.....  
*Data, nadruk lub pieczętka wykonującego świadczenie, zawierające imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis*