

Pieczęć świadczeniodawcy

.....
Miejscowość, data**KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI**

| DANE ŚWIADCZENIODAWCY | | | | |
|---|--|------------------------------|---|---|
| Nazwa | | Nr umowy z NFZ | | |
| DANE PACJENTA | | | | |
| Nazwisko | | Data urodzenia* | | |
| Imię (imiona) | | Płeć** | K | M |
| Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E) | | | | |
| Identyfikator*** | | | | |
| FORMULARZ SERII E | | | | |
| Rodzaj formularza | | Kolejny nr formularza**** | | |
| ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE | | | | |
| Rodzaj udzielonego świadczenia** | | Data udzielonego świadczenia | | |
| \ Podstawowa opieka zdrowotna | | Data początku* | | |
| \ Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | | | | |
| \ Leczenie stomatologiczne | | Data końca* | | |
| \ Leczenie szpitalne | | | | |
| \ Rehabilitacja lecznicza | | Tryb przyjęcia** | | |
| \ Ratownictwo i transport medyczny | | Nagły | | |
| \ Świadczenia odrębnie kontraktowane | | Planowy | | |
| \ Inne (podać jakie) | | | | |
| Rozpoznanie wg ICD 10 rozszerzone***** | | Procedury wg ICD 9 | | |
| Badania przedmiotowe | | | | |
| Badania podmiotowe | | | | |
| Wykonane badania | | | | |
| Przebieg choroby (epikryza w leczeniu szpitalnym) | | | | |
| Zastosowane leczenie | | | | |
| Zalecenia lekarskie | | | | |
| Zalecane leki | | | | |

Legenda:

- * Dzień, miesiąc, rok
- ** Należy zaznaczyć znakiem "X" przy właściwym polu
- *** Rodzaj, seria i numer dokumentu
- **** Lub numer Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- ***** Należy wpisać nazwę i kod

.....
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

Uwaga: kartę informacyjną należy wypełnić pismem drukowanym