

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ
POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ
PIELEGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELEGNIARKI SZKOLNEJ**

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 i warunki (miejsce realizacji, inne):

Uwagi:.....

Miejscowość, data

podpis i pieczęć lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego