Załącznik nr 5

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

# SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ PIELĘGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko ……..……..……

Numer PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

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 pieczątka lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego