

Data .....

--

### Dane osobowe świadczeniobiorcy


(Imię)
(Nazwisko)

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:  
(wg ICD-10)

\_\_\_\_\_

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

[illegible]

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego (właściwe 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 pieczęć wykonującego świadczenie, zawierające imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis*

\* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, telefon