

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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