WZÓR

Narodowy Fundusz Zdrowia – 2012 – wzór załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r.

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data 01.09.2018

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

KOWALSKA
(Nazwisko)

ANNA
(Imię)

01210112301
(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie: E10
(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej ..... diabetologii dziecięcej co 8-10 tyg
2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej .....*(specjalność)*
3. wydano skierowanie na hospitalizację*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....

.....

.....

.....

2. w zakresie farmakoterapii

intensywna insulinoterapia – osobista pompa insulinowa; CGM; wielokrotne wstrzyknięcia

oznaczanie glikemii 10-15x dziennie

.....

3. inne

.....

.....

* *potrzebne zakreślić*

Data, podpis i pieczątka wykonującego świadczenie