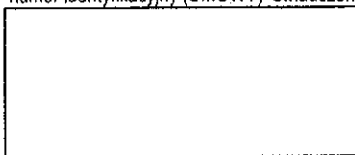


pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)																											
(Imię)														(Nr ewidencyjny PESEL)													

Ostateczne rozpoznanie:

E	1	0		
---	---	---	--	--

(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

.....

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

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 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 pieczęć wykonującego świadczenie