

Data .....


**Dane osobowe świadczeniobiorcy**

(Imię)	(Nazwisko)
(Nr ewidencyjny PESEL)	

Ostateczne rozpoznanie:  
(wg ICD-10)

\_\_\_\_\_

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania, sposób leczenia)

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego \*).

- 1.wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy kontynuacji leczenia w dotychczasowej poradni lub innej)

.....(specjalność)

- 2.nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej (dotyczy zakończenia leczenia specjalistycznego lub skierowania do POZ celem kontynuacji opieki)

.....(specjalność)

- 3.wydano skierowanie na hospitalizację

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....

2. w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego)

3. inne (w tym wyroby medyczne oraz wizyty kontrolne)

★) *potrzebne zakreślić*

Data, podpis i pieczęć wykonującego świadczenie