

Oznaczenie świadczeniodawcy
 Nr umowy z NFZ

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ
 POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ
 PIEŁĘGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIEŁĘGNIARKI 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