Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r.

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r.

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 I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

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 pieczątka lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

NFZ/51.15 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23