

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy poz z nr umowy z NFZ  
albo nadruk zawierający ww. dane

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ POZOSTAJĄCYCH  
W ZAKRESIE ZADAŃ PIELEŃNIARKI POZ**

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:)*

.....  
**Uwagi:**.....  
.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarza poz