



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY  
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica  
REGON 000302327 NIP 87-11484403

pieczętka jednostki

## INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO

Nazwisko i imię pacjenta .....

Data urodz. .... PISEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i nr dowodu tożsamości\* .....

Zamieszkały (a) .....

Rozpoznanie .....

..... Kod (ICD 10) .....

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonanie badania) .....

.....

.....

.....

### 1. Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego.

Pacjent wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej ☐ tak ☐ nie

(jeśli „tak” wpisz specjalność poradni) .....

Wydano skierowanie na hospitalizację / inne: ☐ tak ☐ nie

### 2. Wytyczne w zakresie diagnostyki dla lekarza kierującego .....

.....

### 3. Wytyczne w zakresie farmakoterapii dla lekarza kierującego .....

.....

### 4. Wytyczne inne .....

.....

Brodnica, dn. ....

.....  
pieczętka i podpis lekarza