

Załącznik Nr 16 do zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r.

.....

Pieczątką świadczeniodawcy POZ z nr umowy z NFZ  
albo nadruk zawierający ww. dane

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ POZOSTAJĄCYCH  
W ZAKRESIE ZADAŃ PIELĘGNIARKI 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