

Pieczętka

OPIEKA CAŁODOBOWA AMBULATORYJNA / WYJAZDOWA

NUMER/ DATA/ GODZ

NAZWISKO I IMIE

PESEL

MIEJSCE ZAMELDOWANIA

NFZ

UBEZPIECZENIE

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych świadczeń zdrowotnych w celu podjęcia leczenia.

dorosły dziecko- opiekun prawny.....

W PRZYPADKU BRAKU PESEL DZIECKA DO 1 ROKU ŻYCIA:

1. NAZWISKO I IMIĘ MATKI

2. PESEL MATKI.....

Wypełnia pielęgniarka/ ratownik medyczny

Powód zgłoszenia :

Wypełnia lekarz :

Data :	Godz :
Wywiad:	
Badania przedmiotowe :	
Zlecenia / Zalecenia lekarskie :	
Rozpoznanie ICD 10 Procedury ICD 9.....	
Podpis i pieczętka lekarza	Podpis i pieczętka pielęgniarki