

KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI

DANE ŚWIADCZENIODAWCY				
Nazwa		Nr umowy z NFZ		
DANE PACJENTA				
Nazwisko		Data urodzenia*		
Imię (imiona)		Płeć**	K	M
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)				
Identyfikator***				
FORMULARZ SERII E				
Rodzaj formularza		Kolejny nr formularza****		
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE				
Rodzaj udzielonego świadczenia**		Data udzielonego świadczenia		
• Podstawowa opieka zdrowotna		Data początku*		
• Ambulatoryjna opieka specjalistyczna				
• Leczenie stomatologiczne		Data końca*		
• Leczenie szpitalne				
• Rehabilitacja lecznicza		Tryb przyjęcia**		
• Ratownictwo i transport medyczny		Nagły		
• Świadczenia odrębnie kontraktowane		Planowy		
• Inne (podać jakie)				
Rozpoznanie wg ICD 10 rozszerzone*****		Procedury wg ICD 9		
Badania przedmiotowe				
Badania podmiotowe				
Wykonane badania				
Przebieg choroby (epikryza w leczeniu szpitalnym)				
Zastosowane leczenie				
Zalecenia lekarskie				
Zalecane leki				

Legenda:

- * Dzień, miesiąc, rok
- ** Należy zaznaczyć znakiem "X" przy właściwym polu
- *** Rodzaj, seria i numer dokumentu
- **** Lub numer Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- ***** Należy wpisać nazwę i kod

.....
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

Uwaga: kartę informacyjną należy wypełnić pismem drukowanym.