

Od: [REDACTED]
Wysłano: niedziela, 28 czerwca 2026 09:02
Do: Kancelaria Ministerstwa Zdrowia; KancelariaElektroniczna@nfz.gov.pl
Temat: Petycja: 1025/26

[REDACTED]
Szanowni Państwo:
- Ministerstwo Zdrowia
- Narodowy Fundusz Zdrowia

Petycja

w trybie Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) składam **postulat:**

wzór informacji o stanie zdrowia / dla POZ / dla kierującego / załącznik do skierowania do poradni, pracowni, oddziału szpitalnego

Pieczęć świadczeniodawcy

Data:

informacja o stanie zdrowia / dla POZ / dla kierującego / załącznik do skierowania do poradni, pracowni, oddziału szpitalnego**

Dane osobowe świadczeniobiorcy

Nazwisko

Imię

PESEL.

Data urodzenia / seria i numer dokumentu

Rozpoznanie zasadnicze wg. ICD¹⁰ (wpisać kod bez opisu rozpoznania) z zakresu specjalności wystawiającego

Rozpoznanie zasadnicze wg. ICD¹⁰ (wpisać kod bez opisu rozpoznania) poza specjalnością wystawiającego

Rozpoznanie współistniejące wg. ICD¹⁰ (wpisać kod bez opisu rozpoznania) z zakresu specjalności wystawiającego

Rozpoznanie współistniejące wg. ICD¹⁰ (wpisać kod bez opisu rozpoznania) poza specjalnością wystawiającego

Przebyte choroby wg. ICD¹⁰ (wpisać kod bez opisu rozpoznania), zabiegi, operacje, leczenie, ordynacja leków itd.

Opis udzielonego świadczenia (*wykonane badania, sposób leczenia*)

Ocena świadczenia (przebiegu choroby, trwałość, rokowanie itd.)

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego

Wymaga dalszego leczenia specjalistycznego w poradni specjalistycznej w celu kontynuacji leczenia, nowego leczenia w dotychczasowej poradni lub innej

TAK / NIE* - Nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej (zakończenie leczenia, zakończenie diagnostyki, skierowanie do POZ w celu kontynuacji leczenia, skierowanie do AOS w celu kontynuacji leczenia)

TAK / NIE* - Wydano skierowanie na hospitalizację

Wskazówki dla lekarza kierującego / POZ

1. W zakresie diagnostyki (w tym: czasookres, częstotliwość):

2. W zakresie farmakoterapii, środków spożywczych specjalnego wyżywienia, suplementów:

3. Inne, technologie wspierające, wyroby medyczne, sprzęt medyczny, wizyty kontrolne:

Zaświadczenie dotyczy okresu od poprzedniego wystawionego zaświadczenia od / do:

Inne uwagi i informacje:

Pacjent jest pod opieką specjalistyczną od:

Pacjent jest pod moją opieką specjalistyczną od:

Problem specjalistyczny u pacjenta występuje od / prawdopodobnie od:

Schorzenia powodują ograniczenia zdolności do samodzielnej egzystencji: TAK / NIE**

Schorzenia powodują niepełnosprawność osoby: TAK / NIE** z pomocą TAK/NIE** z opieką TAK/NIE**

Schorzenia powodują niezdolność do pracy: TAK / NIE**

.....
Podpis i pieczęć wystawiającego

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć

