

**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.